



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
(Минздрав ЧР)
**НОХЧИЙН РЕСПУБЛИКИН МОГАШАЛЛА ІАЛАШІАРАН
МИНИСТЕРСТВО**

П Р И К А З

01.06.2026г

№ 114

г. Грозный

**Об организации оказания медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология» в Чеченской Республике**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», Регламентом мониторинга критических акушерских состояний в Российской Федерации, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации 18 января 2021 года, в целях повышения доступности и качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также гинекологическим больным, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок взаимодействия медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики (далее соответственно – медицинская организация, Министерство), оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», согласно приложению № 1;

1.2. Положение об акушерском дистанционном консультативном центре с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами согласно приложению № 2;

1.3. Положение о консультативно-диагностическом отделении согласно приложению № 3;

1.4. Схему прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к стационарам третьей А группы согласно приложению № 4;

1.5. Схему маршрутизации женщин для искусственного прерывания беременности согласно приложению № 5;

1.6. Схему маршрутизации женщин в период беременности для проведения пренатальной диагностики нарушений развития плода согласно приложению № 6;

1.7. Схему маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями (за исключением осложнений послеродового периода) согласно приложению № 7;

1.8. Схему маршрутизации беременных женщин с полным предлежанием и/или расположением плаценты по рубцу (после кесарево сечения или других операций на матке) с вращением (подозрением)/без вращаения, в том числе с внутриутробной гибелью плода, согласно приложению № 8;

1.9. Схему маршрутизации женщин в период беременности и в послеродовом периоде (в течение 42 дней после родов) с экстрагенитальной патологией, на лечение в специализированных отделениях, согласно приложению № 9;

1.10. Схему маршрутизации женщин с осложнениями послеродового периода (в течение 42 дней после родов) в гинекологические отделения согласно приложению № 10;

1.11. Форму направления пациентки на консультацию с акушерским дистанционным консультативным центром согласно приложению № 10;

1.12. Форму протокола телемедицинской/медицинской консультации пациентки специалистами акушерского дистанционного консультативного центра согласно приложению № 11;

1.13. Форму извещения о критическом акушерском состоянии/случае материнской смерти согласно приложению № 12.

2. Руководителям медицинских организаций:

2.1. Привести штатное расписание и материально-техническое оснащение медицинских организаций в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

2.2. Обеспечить функционирование в структуре всех родильных домов/отделений акушерского наблюдательного отделения с изолятором (мельтцеровский бокс).

3. Руководителю ГБУ «Республиканский перинатальный центр» организовать работу:

3.1. Акушерского дистанционного консультативного центра с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации;

3.2. Медико-генетической консультации (центра).

4. Руководителю ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой» организовать работу республиканского кабинета медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19

декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

5. Признать утратившим силу приказ Министерства от 31 января 2025 года № 14 «Об организации медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в Чеченской Республике».

6. Отделу делопроизводства, организационной и контрольной работы ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, филиала АО «МАКС-М» в г. Грозный и разместить на официальном сайте Министерства в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Шовхалову Ф.А.

8. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



А.Р. Алханов

Приложение № 1
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06 2026 года № 114

Порядок

**взаимодействия медицинских организаций, подведомственных
Министерству здравоохранения Чеченской Республики, оказывающих
медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»**

1. Перечень медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»

1.1. Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Чеченской Республики (далее соответственно – медицинская организация, Министерство), оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, по группам (уровням):

первая группа (уровень):

ГБУ «Аргунская городская больница № 1»;

ГБУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»;

ГБУ «Веденская центральная районная больница»;

ГБУ «Грозненская центральная районная больница»;

ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»;

ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»;

ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»;

ГБУ «Наурская центральная районная больница»;

ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»;

ГБУ «Серноводская центральная районная больница»;

ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»;

ГБУ «Шалинская центральная районная больница»;

ГБУ «Шатойская межрайонная больница»;

ГБУ «Шелковская центральная районная больница»;

вторая группа (уровень):

ГБУ «Шатойская межрайонная больница»;

ГБУ «Веденская центральная районная больница»;

ГБУ «Шелковская центральная районная больница»;

ГБУ «Наурская центральная районная больница»;

ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»;

ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»;

ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»;

ГБУ «Грозненская центральная районная больница»;
 ГБУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»;
 ГБУ «Серноводская центральная районная больница»;
 ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»;

ГБУ «Шалинская центральная районная больница»;
 ГБУ «Аргунская городская больница № 1»;
 ГБУ «Поликлиника № 1 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 2 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 3 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 5 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 6 г. Грозного»;
 ГБУ «Поликлиника № 7 г. Грозного»;
 ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»;
 ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»;
 ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»;
 ГБУ «Больница № 6 г. Грозного»;
 ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»;
 третья группа (уровень):
 ГБУ «Республиканский перинатальный центр»;
 ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой».

Кабинеты антенатальной охраны плода развернуты в структуре:

ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»;
 ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»;
 ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»;

ГБУ «Шалинская центральная районная больница»;
 ГБУ «Аргунская городская больница № 1»;
 ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»;

ГБУ «Грозненская центральная районная больница»;

ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»;

ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного».

1.2. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовый период, по группам (уровням):

первая группа (уровень):

ГБУ «Шатойская межрайонная больница»;

ГБУ «Веденская центральная районная больница»;

медицинские организации, имеющие в структуре родильные отделения:

ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»;

ГБУ «Шелковская центральная районная больница»;
 ГБУ «Наурская центральная районная больница»;
 ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»;
 вторая группа (уровень):
 ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»;
 ГБУ «Шалинская центральная районная больница»;
 ГБУ «Аргунская городская больница № 1»;
 ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»;
 ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»;
 третья А группа (уровень):
 ГБУ «Республиканский перинатальный центр»;
 ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»;
 ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева» (родильное отделение).
 Койки акушерского ухода развернуты в структуре:
 ГБУ «Республиканский перинатальный центр»;
 ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»;
 ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева».

1.3. Медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним, с гинекологическими заболеваниями, по группам (уровням):

первая группа (уровень):
 ГБУ «Шатойская межрайонная больница»;
 ГБУ «Веденская центральная районная больница»;
 ГБУ «Шелковская центральная районная больница»;
 ГБУ «Наурская центральная районная больница»;
 ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»;
 ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»;
 ГБУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»;
 ГБУ «Серноводская центральная районная больница»;

вторая группа (уровень):
 ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»;
 ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»;
 ГБУ «Шалинская центральная районная больница»;
 ГБУ «Аргунская городская больница № 1»;
 ГБУ «Грозненская центральная районная больница»;
 ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»;
 ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»;
 ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»;

ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»;
 третья А группа (уровень):
 ГБУ «Республиканский перинатальный центр»;
 ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»;
 ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова»;
 ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им У.И. Ханбиева»;
 ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки».

2. Организация оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

2.1. Врач-акушер-гинеколог медицинской организации, обеспечивающий наблюдение за течением беременности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (далее – лечащий врач), осуществляет постановку беременной на учет и оформляет индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, а также обменную карту беременной, роженицы и родильницы по формам № 111/у-20 и № 113/у-20 соответственно, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

2.2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-акушерами-гинекологами. Беременная ставится на диспансерный учет врачом-акушером-гинекологом по месту прикрепления.

3. Организация проведения оценки антенатального развития плода, в том числе неинвазивного пренатального скрининга

3.1. Для проведения оценки антенатального развития плода (пренатального (дородового) скрининга) беременная направляется на пренатальный скрининг 1 и 2 триместра при сроках беременности 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней и 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней соответственно, для проведения скринингового УЗИ по Схеме маршрутизации женщин в период беременности для проведения пренатальной диагностики нарушений развития плода, утвержденной приказом Министерства, в медико-генетическую лабораторию ГБУ «Республиканский перинатальный центр» и/или в кабинет антенатальной охраны плода.

3.2. При сроках беременности 34 недели 0 дней – 35 недель 6 дней беременной проводится пренатальный скрининг 3 триместра в медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности.

3.3. В медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение

за течением беременности, в день проведения скринингового УЗИ 1 триместра проводится забор образца крови с целью исследования связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови и уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови (св. В-ХГЧ) (далее соответственно – сывороточные маркеры, биохимический скрининг).

3.4. Медицинская организация своими силами доставляет образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии по форме согласно приложению № 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», в медико-генетическую лабораторию ГБУ «Республиканский перинатальный центр» для расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями, задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии.

3.5. Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется лечащему врачу в медицинскую организацию, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте)/выдается на руки пациентке или медицинская организация забирает своими силами.

3.6. В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом на основе клинических рекомендаций.

Беременная женщина с выявленной группой высокого риска должна быть проконсультирована в консультативно-диагностическом отделении ГБУ «Республиканский перинатальный центр» (далее – КДО) для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

3.7. В случае выявления у беременной женщины групп среднего (1:101 - 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями (далее – ХА) и/или пороков развития плода (далее – ПРП) она направляется в медико-генетическую лабораторию ГБУ «Республиканский перинатальный центр» на консультацию врача-генетика и проведения повторного скринингового УЗИ 1 триместра и комплексного расчета индивидуального риска в целях подтверждения группы высокого (1:100 и выше) риска.

Беременной женщине групп среднего и высокого риска показано выполнение неинвазивного пренатального теста (определение внеклеточной

ДНК плода по крови матери) - неинвазивного пренатального скрининга (далее – неинвазивный пренатальный тест / НИПТ) в сроке от 11 до 17,0 недель.

Проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) проводится в соответствии с методическими рекомендациями «Проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) методом высокопроизводительного секвенирования», утвержденными директором Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации 10 февраля 2026 г. (далее – Методические рекомендации).

Не позднее 48 часов с момента получения результатов пренатального скрининга беременная должна быть вызвана на консультацию акушера-гинеколога по месту наблюдения, пациентка подписывает согласие на обработку персональных данных (Приложение 3 к Методическим рекомендациям) и информированное добровольное согласие на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (Приложение 4 к Методическим рекомендациям). И подготавливаются документы для проведения НИПТ (далее – пакет документов):

формируется и выдается направление на исследование 057/y (форма утверждена Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 № 519 «Об утверждении учетной формы «направление для оказания медицинской помощи» и порядка ее ведения»);

копия полиса ОМС;

результаты пренатального скрининга, включая УЗ-исследование и оценку комбинированного расчета риска по хромосомной патологии у плода.

С пакетом документов беременная направляется в медико-генетическую лабораторию ГБУ «Республиканский перинатальный центр» для забора образцов крови на проведение НИПТ.

Из ГБУ «Республиканский перинатальный центр» биоматериал в сопровождении Пакета документов уполномоченной курьерской службой доставляются в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.8. При отказе от проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) пациентка подписывает информированный отказ от обследования (Приложение 5 к Методическим рекомендациям).

3.9. Инвазивная пренатальная диагностика (биопсия хориона, плаценты; амниоцентез; кордоцентез) показана беременным:

при повышенном риске моногенной и (или) хромосомной аномалий у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатального скрининга I триместра;

с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями по результатам неинвазивного пренатального теста.

По заключению лабораторного генетического исследования дается заключения врача-генетика, которое направляется (вместе с результатом генетического исследования) лечащему врачу.

3.10. Пренатальный скрининг 2 триместра проводится в целях оценки антенатального развития плода на сроках беременности 18 недель 0 дней - 20 недель 6 дней:

ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности) (далее – скрининговое УЗИ 2 триместра);

ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия).

3.11. Для проведения пренатального скрининга 2 триместра беременная направляется в медицинскую организацию по Схеме маршрутизации для проведения УЗИ скрининга. Беременные с высоким риском ХА и/или ПРП, по результатам проведения пренатального скрининга 1 триместра или по результатам неинвазивного пренатального теста, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, направляются в медико-генетическую лабораторию ГБУ «Республиканский перинатальный центр».

3.12. В случае выявления (подтверждения) рождения ребенка из группы высокого (1:100 и выше) риска, признаков генетических нарушений или порока развития плода беременной рекомендуется проведение инвазивной пренатальной диагностики.

3.13. Лечащим врачом с учетом заключений врачей-специалистов, и решения перинатального консилиума до 20 недель 6 дней беременности делается окончательное заключение об отсутствии (наличии) факторов риска, обусловленных заболеваниями, включенными в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, рекомендуется медицинская организация для дальнейшего наблюдения за течением беременности.

3.14. Пренатальный скрининг 3 триместра (при сроках беременности 34 недели 0 дней – 35 недель 6 дней) проводится в медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за течением беременности, с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода, неправильного положения плода и включает в себя:

ультразвуковое исследование плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности);

ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока.

3.15. В ГБУ «Республиканский перинатальный центр» создан консилиум врачей (далее – Перинатальный консилиум) в составе врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога, врача-генетика и врача-специалиста по профилю соматического заболевания/ выявленного порока развития плода,

который проводится с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

3.16. При наличии у беременной тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов, включенного в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 года № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», и (или) при выявлении у плода хромосомных аномалий и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра, и (или) при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний), лечащий врач направляет беременную в ГБУ «Республиканский перинатальный центр» на Перинатальный консилиум с целью определения дальнейшей тактики и медицинской организации для наблюдения за течением беременности, объема обследования, сроков лечения и родоразрешения.

3.17. Решение Перинатального консилиума оформляется протоколом в виде документа на бумажном носителе, в котором указывается информация о прогнозе для жизни и здоровья плода, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию) и дает рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной (сроках, месте и методе родоразрешения и подписанного участниками перинатального консилиума, либо в форме электронного документа.

3.18. Решение Перинатального консилиума передается лечащему врачу и вносится в индивидуальную медицинскую карту беременной и родильницы, а также обменную карту беременной, роженицы и родильницы по формам № 111/у-20 и № 113/у-20 соответственно, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

3.19. Лечащий врач представляет беременной женщине информацию о заключении Перинатального консилиума, результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной (методе, сроках и месте родоразрешения), тактике лечения ребенка после рождения.

3.20. Медицинская помощь беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым требуется хирургическая помощь, оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года № 747н «О

Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

3.21. Для оказания специализированной медицинской помощи беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями направляются в ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова» или ГБУ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн им. М.Т. Индербиева».

3.22. По решению врачебной комиссии организуется телемедицинская консультация беременной с профильным национальным медицинским исследовательским центром (далее – НМИЦ) для решения вопроса дальнейшей тактики ведения и лечения и определения стационара для лечения.

3.23. В случае принятия беременной с сердечно-сосудистым заболеванием, требующим применения кардиохирургических методов лечения, решение о сохранении беременности, дальнейшей тактике, наблюдения за течением беременности и заболеванием сердечно-сосудистой системы, месте и сроке родоразрешения, принимается Перинатальным консилиумом с учетом результатов проведения консультации, в том числе с применением телемедицинских технологий со специалистами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.24. Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, специалистами КДО.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

3.25. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременные женщины направляются в профильные отделения медицинских организаций второй и третьей А группы (уровня) до 38 недель беременности по Схеме маршрутизации женщин в период беременности и послеродовый период с экстрагенитальной патологией, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях, утвержденной приказом Министерства, а с 38 недель беременности стационар для госпитализации определяется после консультации с акушерским дистанционным консультативным центром ГБУ «Республиканский перинатальный центр» (далее – АДКЦ) / главным внештатным специалистом по акушерству Министерства (далее – главный специалист по акушерству).

Беременные женщины с экстрагенитальными заболеваниями не направляются на стационарное лечение в профильные отделения медицинских организаций первой группы.

3.26. Вопрос направления в специализированные федеральные медицинские организации третьей Б группы:

решается врачебной комиссией медицинской организации, в которой

беременная находится на стационарном лечении (на третьем уровне) и подтверждается решением профильного НМИЦ в ходе телемедицинской консультации, о чем извещается АДКЦ и главный специалист по акушерству; на амбулаторном этапе решение принимается Перинатальным консилиумом и подтверждается решением профильного НМИЦ в ходе телемедицинской консультации.

3.27. При возникновении осложнений в послеродовом периоде в течение 42 дней после родов извещается АДКЦ / главный специалист по акушерству. При наличии показаний для стационарного лечения женщина направляется в медицинскую организацию второго или третьего уровня в гинекологическое или другое профильное по заболеванию отделение по Схеме маршрутизации женщин с осложнениями послеродового периода (в течение 42 дней после родов) в гинекологические отделения или по Схеме маршрутизации женщин в период беременности и послеродовом периоде (в течение 42 дней после родов) с экстрагенитальной патологией, на лечении в специализированных отделениях соответственно, утвержденные приказом Министерства.

3.28. При выявлении аномалий расположения плаценты, подозрении на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования беременной проводится консультация врачом-акушером-гинекологом АДКЦ и (или) КДО с проведением МРТ исследования в отделении лучевой диагностики ГБУ «Республиканский перинатальный центр».

3.29. При выявлении на любом сроке беременности у плода признаков изосенсибилизации беременная направляется в акушерский стационар медицинской организации третьей Б группы, осуществляющий внутриутробное переливание крови плоду (после проведенной телемедицинской консультации и согласовании даты госпитализации).

3.30. Беременные женщины, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющие прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающиеся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений направляются на дородовую госпитализацию в отделение патологии беременности на койки акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения по Схеме прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к стационарам третьей А группы, утвержденной приказом Министерства.

4. Организация наблюдения беременных группы высокого акушерского и перинатального риска

4.1. Специалисты КДО, на которых возложены функции кураторов медицинских организаций, консультируют всех беременных, отнесенных к группе высокого риска по результатам первого пренатального скрининга

4.2. В течение 14 рабочих дней со дня выявления заболевания или

патологического состояния должны быть проконсультированы беременные из категории группы высокого акушерского и перинатального риска при наличии состояний, приведенных в таблице № 1.

Таблица № 1

№ п/п	Критерии отнесения к группе высокого акушерского и перинатального риска
1	Возраст 17 и менее лет
2	Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания)
3	Тромбоз, тромбоэмболия и тромбоз флебит в анамнезе при настоящей беременности
4	Заболевания органов дыхания, сопровождающихся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности
5	Диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром
6	Заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалиями развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии
7	Заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания)
8	Эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания)
9	Заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания)
10	Заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней или тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания)
11	Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания)
12	Злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации
13	Сосудистые мальформации, аневризм сосудов
14	Миастения
15	Варикозная болезнь 3 степени
16	Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза
17	Опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенных форм эндометриоза
18	Трофобластическая болезнь в анамнезе

19	Жизнеугрожающие и хронические прогрессирующие редкие (орфанные) заболевания, приводящие к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности
20	Психические заболевания
21	Бесплодие любого генеза в анамнезе
22	Порок развития плода или хромосомные аномалии у плода; состояния и (или) заболевания плода (плодов), требующие выполнения внутриутробных медицинских вмешательств; многоплодная беременность; задержка роста плода; изоиммунизации при беременности; водянки плода
Также в срок более 22 недель	
23	Беременность после экстракорпорального оплодотворения
24	Беременность с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути; предлежания плаценты
25	Плацента, расположенная по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или плаценты, расположенной в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения)
26	Подозрения на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии
27	Поперечное или косое положение плода; много- и маловодия
28	Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности 3-4 степени при предыдущих родах

4.3. Врач-акушер-гинеколог КДО после проведенной консультации выдает рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной, назначается дата следующей консультации и/или оформляется направление на Перинатальный консилиум. Врач акушер-гинеколог КДО инициирует заседание Перинатального консилиума.

4.4. При сроке беременности 36-37 недель лечащим врачом устанавливается полный клинический диагноз и определяется медицинская организация для планового родоразрешения (срок родов и метод родоразрешения), в том числе федеральная медицинская организация.

5. Оказание медицинской помощи беременным при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития

5.1. Тактику наблюдения за течением беременности, объем обследования, медицинскую организацию для проведения лечения и родоразрешения, сроки родоразрешения в плановом порядке у беременных при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития определяет Перинатальный консилиум.

5.2. При наличии порока развития плода, сочетающегося с хромосомными аномалиями и (или) генетическими нарушениями, или наличии множественных пороков развития плода, с целью определения

прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода.

5.3. По результатам обследования проводится повторный Перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ по профилю выявленных у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

5.4. По заключению Перинатального консилиума и/или по заключению телемедицинской консультации профильного НМИЦ решается вопрос о месте родоразрешения:

если возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию федерального уровня, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи;

если возможна хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в ГБУ «Республиканский перинатальный центр» или в федеральную медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи.

5.5. При наличии у плода врожденного порока сердца (далее – ВПС), требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка (в первые дни жизни), беременная женщина направляется для родоразрешения в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства, беременная родоразрешается в ГБУ «Республиканский перинатальный центр», а ребенок направляется в федеральную медицинскую организацию для оказания плановой хирургической помощи.

5.6. При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям. На искусственное прерывание беременности женщина направляется по Схеме маршрутизации женщин для искусственного прерывания беременности (по медицинским показаниям, медицинский аборт легальный, самопроизвольный выкидыш/несостоявшийся выкидыш, внутриутробная гибель плода), утвержденной приказом Министерства.

5.7. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов АДКЦ и (или) КДО.

6. Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период

6.1. Беременные (роженицы) направляются на родоразрешение в организацию, имеющую в структуре службу родовспоможения (акушерский стационар), с учетом медицинских показаний для госпитализации, установленных лечащим врачом и (или) Перинатальным консилиумом, и (или) консилиумом врачей.

6.2. Направление на госпитализацию в акушерские стационары медицинских организаций происходит по Схеме прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к акушерским стационарам третьей А группы, утвержденной приказом Министерства.

6.3. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в urgentные родильные залы являются: активная фаза первого периода родов или роды вне организации родовспоможения (акушерского стационара); состояние беременной (роженицы) и (или) плода, требующее оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

6.4. Медицинскими показаниями для направления беременных (рожениц) в организации родовспоможения (акушерские стационары) первой группы (уровня), за исключением медицинских организаций, имеющих в своей структуре urgentные родильные залы, являются состояния, приведенные в таблице № 2 в сроке беременности 37 недель и выше.

Таблица № 2

№ п/п	Критерии для направления беременной в акушерские стационары 1 группы (уровня)*
1	Нормально протекающая беременность без соматической и акушерской патологии
2	Отсутствие медицинских показаний к плановой операции кесарева сечения
3	Отсутствие высокого риска преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра
4	Отсутствие высокого риска акушерских кровотечений
5	Отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений
6	Отсутствие высокого риска септических осложнений

*Отсутствие критериев для направления в акушерские стационары 2 уровня

6.5. В ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня), проживающие в Курчалоевском муниципальном округе.

В ГБУ «Шелковская центральная районная больница» направляются

беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня), проживающие в Шелковском муниципальном округе.

В ГБУ «Наурская центральная районная больница» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня), проживающие в Наурском муниципальном округе.

В ГБУ «Надтеречная центральная районная больница» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (уровня), проживающие в Надтеречном муниципальном округе.

6.6. В акушерские стационары второй группы (уровня) направляются беременные женщины, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерский стационар второй группы (уровня), представленным в таблице № 3, в сроке беременности 37 недель и выше.

Таблица № 3

№ п/п	Критерии для направления беременных женщин в акушерские стационары второй группы (уровня)
1	Переношенная беременность
2	Предполагаемый крупный плод
3	Анатомическое сужение таза 1-2 степени
4	Тазовое предлежание плода
5	Низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель (за исключением наличия рубца после кесарево сечения / других операций)
6	Мертворождение в анамнезе
7	Кесарево сечение (не более двух) в анамнезе для проведения плановой операции кесарева сечения с состоятельным рубцом на матке
8	Рубец на матке после оперативного вмешательства на матке (кроме кесарево сечения) без признаков несостоятельности и при подтвержденном результатами ультразвукового исследования расположении плаценты не в месте локализации рубца
9	Аntenатальная гибель плода с 22 недель беременности по Схеме маршрутизации беременных женщин для искусственного прерывания беременности (по медицинским показаниям, медицинский аборт легальный, самопроизвольный выкидыш/ несостоявшийся выкидыш, внутриутробная гибель плода) (при наличии рубца – не более 2-х)
10	Преэклампсия умеренная*
Соматическое заболевание беременной (роженицы), в том числе**:	
11	Анемия легкой степени;
12	Пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений
13	Компенсированные заболевания органов дыхания (без дыхательной недостаточности)
14	Заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит)

15	Психические заболевания
16	Эндокринные заболевания (гестационный сахарный диабет на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация)
17	заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе)
18	Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза
19	варикозная болезнь 1-2 степени

*Беременные с диагнозом преэклампсия умеренная могут быть госпитализированы, из числа МО второй группы, только в ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного».

**Соматическое заболевание беременной (роженницы), не требующее оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю соматического заболевания, с возможностью применения в период родов диагностических и лечебных мероприятий по коррекции соматических заболеваний.

6.7. В ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой и второй группы (уровня), проживающие в Урус-Мартановском, Шатойском, Ачхой-Мартановском и Серноводском муниципальных округах.

В ГБУ «Шалинская центральная районная больница» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой и второй группы (уровня) из Шалинского и Веденского районов муниципальных округов.

В ГБУ «Аргунская городская больница № 1» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой и второй группы (уровня) из городского округа «город Аргун».

В ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница» направляются беременные соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой и второй группы (уровня) из Ножай-Юртовского муниципального округа.

В ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного» направляются беременные, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой и второй группы (уровня) из городского округа «город Грозный», Грозненского, Наурского и Надтеречного муниципальных округов.

6.8. В акушерские стационары третьей А группы (уровня) направляются беременные женщины, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерский стационар третьей А группы (уровня), представленным в таблицах № 4-6.

6.9. В ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева» направляются беременные из Гудермесского муниципального округа, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в акушерские стационары первой, второй, а также

третьей А группы (уровня), а также беременные из Курчалоевского, Ножай-Юртовского и Шелковского муниципальных округов, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева», представленным в таблице № 4.

Таблица № 4

№ п/п	Критерии для направления беременных женщин ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»*
1	Беременность после экстракорпорального оплодотворения
2	Рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути – при наличии опыта ведения
3	Рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца
4	Расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения) без подозрения на врастание
5	Много- и маловодие
6	Поперечное и косое положение плода
7	Внутриутробная гибель плода согласно Схеме маршрутизации – приложение № 5 к настоящему приказу
8	Умеренная преэклампсия
9	Многоплодная беременность без фето-фетального трансфузионного синдрома, диссоциированного развития близнецов, внутриутробной гибели одного из плодов)
10	Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах
11	Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца с недостаточностью кровообращения 1-2 степени, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями 1-2 степени, оперированные пороки сердца без клинических проявлений
12	Заболевания органов дыхания, без легочной или сердечно-легочной недостаточности
13	Заболевания почек, без почечной недостаточности или артериальной гипертензии
14	Заболевания печени без печеночной дисфункции
15	Эндокринные заболевания (сахарный диабет компенсированный, компенсированные заболевания щитовидной железы)
16	Заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома
17	Заболевания крови (анемия средней и тяжелой степени)

18	Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов)
19	Злокачественные новообразования в анамнезе
20	Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
21	Прочие жизнеугрожающие состояния беременной и плода при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации.
22	возраст 17-18 лет

*заболевания и состояния без органной дисфункции

6.10. В ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой» направляются беременные со всей республики с 34 недель беременности, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой», представленным в таблице № 5.

Таблица № 5

№ п/п	Критерии для направления беременных женщин в ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»
1	Осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения
2	Беременность после экстракорпорального оплодотворения
3	Рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути
4	Рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца
5	Предлежание плаценты
6	Расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения) без подозрения на вращение
7	Много- и маловодие
8	Поперечное и косое положение плода
9	Задержка роста плода
10	Умеренная преэклампсия
11	Многоплодная беременность
12	Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах
13	Опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза
14	Трофобластическая болезнь в анамнезе
15	Варикозная болезнь 1-2 степени
16	Возраст 17-18 лет

17	Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца с недостаточностью кровообращения 1-2 степени, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями 1-2 степени, хроническая АГ, оперированные пороки сердца без клиники, хроническая артериальная гипертензия)
18	Заболевания органов дыхания, без развития легочной или сердечно-легочной недостаточности
19	Диффузные заболевания соединительной ткани
20	Заболевания почек, без почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей
21	Заболевания печени без печеночной дисфункции
22	Эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа компенсированные, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии - компенсированный, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции)
23	Заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома)
24	Заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней и тяжелой степени)
25	Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов)
26	Миастения
27	Злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации
28	Травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза
29	Прочие жизнеугрожающие состояния беременной и плода при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации

6.11. В ГБУ «Республиканский перинатальный центр» направляются беременные с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода, а также с критическими акушерскими состояниями (заболеваниями, синдромами и симптомами, требующими проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии), преждевременными родами с 22 недель беременности, соответствующие Критериям для направления беременных женщин в ГБУ «Республиканский перинатальный центр», представленным в таблице № 6.

Таблица № 6

№ п/п	Критерии для направления беременных женщин в ГБУ «Республиканский перинатальный центр»
1	Состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи
2	Возраст до 16 лет включительно
3	Осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения
4	Беременность после экстракорпорального оплодотворения

5	Рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути
6	Рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца
7	Предлежание плаценты
8	Расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения)
9	Подозрение на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии
10	Много- и маловодие
11	Поперечное и косое положение плода
12	Задержка роста плода
13	Водянка плода
14	Проведенные во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция
15	Изоиммунизация при беременности
16	Тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения
17	Врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода
18	Многоплодная беременность
19	Беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах
20	Опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза
21	Трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности; варикозная болезнь 3 степени;
22	Холестаз, гепатоз беременных
23	Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания)
24	Тромбозы, тромбозмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности
25	Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности
26	Диффузные заболевания соединительной ткани,
27	Антифосфолипидный синдром
28	Заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии
29	Заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания)

30	Эндокринные заболевания (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания)
31	Заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне с отслойкой сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания)
32	Заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней и тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания)
33	Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания)
34	Миастения
35	Злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации
36	Сосудистые мальформации, аневризмы сосудов
37	Травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза
38	Прочие жизнеугрожающие состояния беременной и плода при отсутствии медицинских противопоказаний к медицинской эвакуации

6.12. Критериями для направления беременных женщин в акушерские стационары третьей Б группы (уровня) являются:

состояния, перечисленные в таблице № 6;

состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий.

6.13. В случаях полного предлежания плаценты или расположения плаценты по рубцу (после кесарево сечения или других операций на матке) с признаками вставания, в том числе с внутриутробной гибелью плода, беременные направляются в медицинские организации второй или третьей А группы (уровня) по Схеме маршрутизации женщин с полным предлежанием плаценты или расположением плаценты по рубцу (после кесарево сечения или других операций на матке) с признаками вставания, в том числе с внутриутробной гибелью плода, утвержденной приказом Министерства:

в гинекологические отделения медицинских организаций второй группы (уровня) в сроке беременности до 12 недель, за исключением случаев с показаниями для прерывания беременности;

в гинекологическое отделение ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева» до 22 недель с акушерскими осложнениями, за исключением случаев с показаниями для прерывания беременности.

в ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой» с акушерскими осложнениями в сроке 12-22 недель в гинекологическое отделение и в отделение патологии беременности в сроке 22-34 недели (если не ожидается родоразрешение в ближайшие 48

часов), за исключением случаев с показаниями для прерывания беременности; в ГБУ «Республиканский перинатальный центр» с вращением плаценты на родоразрешение с 34 недель в отделение патологии беременности;

в гинекологические отделения ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова» или ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им У.И. Ханбиева» на прерывание беременности (в том числе с мертвым плодом) в сроке беременности до 22 недель.

6.14. Беременным женщинам при наличии рубца на матке и расположении плаценты по рубцу с целью диагностики вращающейся плаценты необходимо проведение МРТ исследований в сроке 28-30 недель беременности. С последующим проведением ТМК с НМИЦ и решении вопроса о месте родоразрешения.

6.15. Беременные женщины с рубцом на матке и/или другими показаниями для планового оперативного родоразрешения должны быть родоразрешены путем кесарева сечения не позднее 39+1 недель беременности.

6.16. Показания к приему в наблюдательное отделение (боксированные палаты) родильного дома:

острое респираторное заболевание (грипп, ангина и др.);

проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний (бронхит, пневмония, отит, пиодермия и др.);

лихорадочное состояние (температура 37, 6° и выше без клинически выраженных других симптомов);

длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 и более часов до поступления в стационар);

внутриутробную гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

грибковые заболевания волос и кожи; кожные заболевания (псориаз, дерматит, экзема и др.);

гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки;

острый и подострый тромбофлебит;

пиелонефрит, пиелит, цистит и другие инфекционные заболевания почек;

проявления инфекции родовых путей;

токсоплазмоз, листериоз, ВИЧ-инфекция, венерические заболевания, гепатиты В, С, Д, герпетическая инфекция;

туберкулез;

диарея;

отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

6.17. Переводу в наблюдательное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

повышение температуры в родах и раннем послеродовом периоде до

38°C и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

повышение температуры неясного генеза (температура тела выше 37,6°C), продолжающийся более 1 суток;

проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний (грипп, ангина, ОРЗ и др.), не требующих перевода в специализированный стационар;

6.18. Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляется в гинекологическом отделении (стационаре).

6.19. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи беременным в медицинских организациях организуются ТМК с профильными НМИЦ для решения вопроса о месте и сроках родоразрешения.

7. Оказание медицинской помощи женщинам с угрожающими или начавшимися преждевременными родами и преждевременным разрывом плодных оболочек

7.1. В случаях угрозы преждевременных родов или преждевременного разрыва плодных оболочек (далее – ПРПО) в сроке от 22 недель до 36 недель 6 дней госпитализация осуществляется в акушерские стационары второй или третьей группы согласно степени риска перинатальной патологии и маршрутизации, по схеме прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к стационарам третьей А группы, утвержденной приказом Минздрава.

7.2. Показания к экстренной госпитализации: регулярные схватки (более 4 за 20 мин); укорочение шейки матки <25 мм (по УЗИ); ПРПО; кровотечение, подозрение на отслойку плаценты.

7.3. Маршрутизация беременных на родоразрешение и высокой вероятностью родоразрешения в ближайшие 48 часов осуществляется в акушерские стационары третьей А группы по схеме прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к стационарам третьей А группы, утвержденной приказом Минздрава:

срок 22–34 недели: в ГБУ «Республиканский перинатальный центр»

срок 34–37 недель: ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой».

7.4. В случаях угрозы преждевременных родов в сроке от 22 до 37 недель у беременных с длиной шейки матки по данным цервикометрии более 15 мм и низкой вероятностью родоразрешения в ближайшие 48 часов, госпитализация осуществляется в отделения патологии беременности акушерских стационаров второй группы.

7.5. В случаях угрозы преждевременных родов в сроке от 22 до 37 недель у беременных с длиной шейки матки по данным цервикометрии менее 15 мм, прогрессирующем укорочении шейки матки, а также при наличии поздних

выкидышей и преждевременных родов в анамнезе или ПРПО госпитализация осуществляется в акушерские стационары третьей А группы.

7.6. При неэффективной сохраняющей терапии, клинических проявлениях начавшихся преждевременных родов в сроке от 22 до 37 недель беременные направляются / переводятся в акушерские стационары третьей А группы.

7.7. Выбор медицинской организации для госпитализации беременных с угрозой преждевременных родов при необходимости согласовывается с АДКЦ.

7.8. При наличии показаний к госпитализации в профильные терапевтические или хирургические отделения проводится согласование с АДКЦ. Лечение больных с угрозой прерывания беременности осуществляется в условиях профильных отделений, но с обеспечением ежедневного осмотра акушером-гинекологом.

7.9. В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в медицинскую организацию по схеме маршрутизации, беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная неонатальная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному из ГБУ «Республиканский перинатальный центр».

8. Оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

8.1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях.

8.2. При наличии показаний направляются на госпитализацию в кардиологическое отделение ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова», в которой организуется консилиум врачей в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога.

В случае, когда беременная не находится в стационаре, консилиум организуется на базе АДКЦ (возможно в режиме видеоселекторной связи).

8.3. На основании результатов клинического обследования делается заключение о тяжести состояния женщины, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности и дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости о направлении в федеральную медицинскую организацию, в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций.

8.4. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова».

8.5. При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются в амбулаторных условиях по месту диспансерного наблюдения или при наличии показаний направляются на госпитализацию (консультацию) в кардиологическое отделение ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова», в которой организуется консилиум в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога, в случае, когда беременная не находится в стационаре, консилиум организуется на базе АДКЦ (возможно в режиме видеоселекторной связи), по необходимости делается запрос на телемедицинскую консультацию в федеральную клинику, для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы; подбора (коррекции) медикаментозной терапии, дородовой диагностика с целью исключения ПРП, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

8.6. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в кардиологическое отделение ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, проведения УЗИ и доплерометрии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения. Консилиум медицинской организации в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача- акушера-гинеколога с привлечением специалистов АДКЦ, на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, определения предполагаемых сроков родоразрешения, а при наличии показаний – о досрочном родоразрешении.

При необходимости делается запрос на проведение телемедицинской консультации в федеральную медицинскую организацию.

8.7. При сроке беременности 35-37 недель в амбулаторных условиях или при показаниях к госпитализации стационарно консилиум в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога и специалистов АДКЦ в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния

фетоплацентарного комплекса, определяется медицинская организация для родоразрешения, срок родов и способ родоразрешения.

При необходимости делается запрос на проведение телемедицинской консультации в федеральную медицинскую организацию.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

8.8. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинских организациях беременная женщина по заключению Перинатального консилиума и согласованию с профильным НМИЦ заблаговременно направляется в федеральную медицинскую организацию.

9. Оказание медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период

9.1. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период вне медицинской организации осуществляется: в сроке беременности 22 недели и выше специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации или выездной консультативной бригадой АДКЦ; в сроке до 22 недель беременности бригадами скорой медицинской помощи; в стационарных условиях в отделениях анестезиологии-реанимации акушерских стационарах или других медицинских организациях.

9.2. В случае развития критического акушерского состояния в период беременности и в родах женщина госпитализируется в ГБУ «Республиканский перинатальный центр», а пациенткам, находящимся в момент развития критического акушерского состояния на стационарном лечении в ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой», медицинская помощь оказывается на месте.

9.3. В послеродовом периоде женщины с осложнениями, вызванными критическим акушерским состоянием, а также послеродовыми (постабортными) гнойно-септическими осложнениями, сепсисом, септическим шоком госпитализируются в гинекологические отделения медицинских организаций третьего уровня по Схеме маршрутизации женщин при возникновении осложнений в послеродовом периоде с гинекологической и экстрагенитальной патологией, утвержденной приказом Министерства.

9.4. В случае развития в период беременности и в послеродовом периоде критических осложнений, вызванных экстрагенитальными заболеваниями, беременные и родильницы направляются в профильные отделения медицинских организаций третьего уровня по Схеме маршрутизации женщин при возникновении осложнений в послеродовом периоде с гинекологической и экстрагенитальной патологией, утвержденной приказом Министерства.

9.5. В случае необходимости к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделение

анестезиологии-реанимации должны привлекаться врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

10. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период

10.1. При оказании медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период осуществляется совместное ведение пациентки врачом-акушером-гинекологом и врачом-инфекционистом для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) режиме приема антиретровирусных препаратов, контроля за своевременным поступлением беременной женщины с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар (в плановом порядке - на сроке 38 недель).

10.2. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3-м триместре беременности, а также при наличии высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований во время беременности, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (далее - ИДС).

10.3. Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тестов должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блот).

Результаты этого исследования немедленно передаются в медицинскую организацию по месту забора крови.

Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

10.4. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов.

10.5. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ методом ИФА с помощью вакуумных систем для забора крови.

Кровь направляется в скрининговую лабораторию ГБУ «Республиканский клинический центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД».

10.6. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка.

Данные передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») в ГБУ «Республиканский клинический центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД», а также в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

11. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

11.1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в женской консультации.

11.2. Направление на госпитализацию в гинекологические отделения медицинских организаций, происходит по Схеме маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями, утвержденной приказом Министерства.

11.3. Показаниями для госпитализации являются:
состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующей оказания специализированной медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах; осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней;

искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума.

11.4. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологическую, медицинскую помощь женщинам и несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями, третьей А группы (уровня) являются:

Таблица № 7

№ п/п	Медицинские показания
1	Состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями после искусственного прерывания беременности или родов
2	Внематочная (эктопическая) беременность
3	Осложнения течения беременности при сроке беременности до 21 недели и 6 дней при наличии соматических заболеваний в стадии декомпенсации
4	Заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (3 - 4 степени), с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения
5	Состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в

	том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы
6	Реконструктивные операции на матке у женщин репродуктивного возраста с истончением рубца на матке и формированием «ниши» стенки матки после операции кесарева сечения
7	Хирургическое лечение аномалий матки с использованием метода 3D ультразвукового исследования и реконструктивно-пластических операций
8	Искусственное прерывание беременности у беременных с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в месте локализации рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений
9	Искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума

11.5. Медицинскими показаниями для направления женщин в гинекологические отделения медицинских организаций третьей Б группы (уровня) являются состояния, обусловленные гинекологической патологией, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с применением медицинской помощи в рамках клинической апробации.

Решение о необходимости направления на третий Б уровень выносится врачебной комиссией медицинской организации.

11.6. Женщины с послеродовыми/постабортными гнойно-воспалительными осложнениями, госпитализируются в гинекологические отделения не ниже второго уровня, в случае наличия признаков генерализации воспалительного процесса (акушерский перитонит, сепсис, органные дисфункции, шок) – госпитализация на 3 уровень по Схеме маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями, утвержденной приказом Министерства.

12. Оказание медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

12.1. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в детских поликлиниках.

12.2. Для оказания специализированной стационарной плановой, а также экстренной и неотложной медицинской помощи несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, развернуты гинекологические койки для несовершеннолетних в ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки».

12.3. При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопию) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

12.4. Решение вопроса об удалении яичников, маточных труб и матки при выполнении экстренной операции врачами-детскими хирургами или врачами-хирургами необходимо согласовывать с врачом-акушером-гинекологом, в том числе с использованием дистанционного консультирования и (или) телемедицинских технологий (при необходимости).

12.5. В случае невозможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями и заболеваниями молочных желез в плановой форме в ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинки», консилиумом врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-детского хирурга, врача-детского уролога-андролога выносится решение о направлении ребенка в федеральную медицинскую организацию и направляется запрос в профильный НМИЦ с применением телемедицинских технологий.

13. Оказание медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

13.1. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу, который направляет ее в кабинет медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (далее – Кабинет медико-социальной поддержки), женской консультации для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе), где беременная проходит анонимное анкетирование и получает полную информацию о мерах социальной поддержки семьи при рождении ребенка.

13.2. С целью организации и координации деятельности Кабинетов медико-социальной поддержки организован республиканский кабинет медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации на базе ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой» (далее – Республиканский Кабинет медико-социальной поддержки).

13.3. На искусственное прерывание беременности женщина направляется по Схеме маршрутизации женщин для искусственного прерывания беременности (по медицинским показаниям, медицинский аборт легальный, самопроизвольный выкидыш/несостоявшийся выкидыш, внутриутробная гибель плода), утвержденной приказом Министерства.

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06. 2026 года № 114

Положение
об акушерском дистанционном консультативном центре с выездными
бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации в структуре ГБУ «Республиканский перинатальный центр» (далее – АДКЦ).

1.2. АДКЦ организуется с целью оказания:

дистанционных видов консультативной помощи: обеспечения взаимосвязи и координации деятельности медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики (далее соответственно – медицинская организация, Министерство), а также оказания экстренной и неотложной консультативной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой (послеабортный) период, а также при гинекологической патологии;

выездной формы экстренной и неотложной медицинской помощи, которая осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

1.3. Обеспечение деятельности АДКЦ осуществляет ГБУ «Республиканский перинатальный центр» в рамках утвержденного плана финансово-хозяйственной деятельности организации.

1.4. Общее руководство АДКЦ осуществляет главный врач ГБУ «Республиканский перинатальный центр».

1.5. Непосредственное руководство АДКЦ осуществляет заведующий АДКЦ.

1.6. Медицинский персонал АДКЦ при отсутствии вызовов и консультаций может привлекаться для работы в других подразделениях ГБУ «Республиканский перинатальный центр». Взаимозаменяемость персонала АДКЦ и других структурных подразделений ГБУ «Республиканский перинатальный центр» является основным принципом работы.

1.7. АДКЦ взаимодействует с неонатальным дистанционным консультативным центром.

2. Права АДКЦ

2.1. АДКЦ имеет право:

привлекать для консультативной и лечебной помощи профильных и смежных специалистов из медицинских организаций, главных штатных и внештатных специалистов Министерства;

получать медицинскую документацию, статистические данные и информацию о деятельности медицинских организаций;

проводить заседания врачебной комиссии по разбору дефектов оказания медицинской помощи женщине в период беременности, родов и послеродовом периоде и ребенку во всех медицинских организациях;

представлять на имя заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики, курирующего вопросы материнства и детства, протокол заседания с выявленными нарушениями и заключением для принятия организационных и дисциплинарных решений.

3. Функции АДКЦ

3.1. Оказание дистанционных видов консультативной помощи и оказание выездной экстренной и неотложной медицинской помощи в круглосуточном режиме выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

3.2. Организация, проведение и техническое сопровождение в круглосуточном режиме дистанционных консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий.

3.3. Организация передачи и получения информации (результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека) для осуществления консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий.

3.4. Мониторинг состояния здоровья пациентов, в отношении которых проводились консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий, с оценкой исполнения выданных рекомендаций.

3.5. Организация мониторинга течения беременности и формирование групп риска по возникновению осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

3.6. АДКЦ проводит мониторинг женщин с угрожающими жизни заболеваниями или клиническими ситуациями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода (таблица № 1).

Таблица № 1

№ п/п	Перечень угрожающих жизни заболеваний или клинических ситуаций, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода
1	Пре- и эклампсия; hellp-синдром
2	Острый жировой гепатоз беременных
3	Предлежание плаценты с эпизодами кровотечений

4	Преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1 000 мл
5	Рубец на матке с признаками несостоятельности
6	Тяжелая рвота беременных
7	Внематочная беременность с кровопотерей более 1 000 мл
8	Шеечная, брюшная беременность, беременность в рубце
9	Послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл, гем-шок, двс
10	Интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов или массивной кровопотерей (более 1 500 мл)
11	Послеродовый (послеоперационный) метроэндометрит
12	Послеоперационный (послеродовый) перитонит
13	Послеродовый сепсис; сепсис во время беременности любой этиологии
14	Осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее
15	ГБ II-III ст. с АД >160/100 или эпизодической гипертензией до 200/120 мм. рт. ст.
16	Пороки сердца с нарушением кровообращения I степени и выше, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации
17	Острый коронарный синдром
18	Миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения
19	Тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки
20	Бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая
21	Пневмония с явлениями дыхательной недостаточности, требующей респираторной поддержки
22	Другие заболевания легких с явлениями умеренной дыхательной недостаточности, пневмоторакса, гидроторакса, гемоторакса
23	Сахарный диабет в стадии декомпенсации и склонность к кетоацидозу
24	Тяжелая анемия любого генеза
25	Тромбоцитопения любого происхождения
26	Острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг
27	Тяжелая форма эпилепсии
28	Кома любой этиологии
29	Судорожный синдром
30	Миастения
31	Беременные и родильницы, требующие срочного хирургического вмешательства

3.7. Выявление и мониторинг в медицинских организациях женщин, госпитализированных с показаниями, не соответствующими группе (уровню) акушерского стационара; организация консультирования, включая консилиум врачей, с применением телемедицинских технологий с целью оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики лечебно-диагностического процесса, целесообразности перевода, либо медицинской эвакуации.

3.8. Определение этапности оказания медицинской помощи, контроль за ее соблюдением и своевременностью медицинской эвакуации женщин.

3.9. Принятие решения о направлении и составе выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в медицинской организации, а при необходимости эвакуации пациентки в ГБУ «Республиканский

перинатальный центр».

3.10. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы врач акушер-гинеколог сообщает в АДКЦ в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»).

3.11. Специалист АДКЦ поступившее сообщение фиксирует в журнале регистрации обращения и проводит необходимую консультацию. Принятое решение фиксирует в протоколе телемедицинской/медицинской консультации пациентки специалистами акушерского дистанционного консультативного центра (далее – Протокол консультации АДКЦ) по форме, утвержденной приказом Министерства, которое направляется в медицинскую организацию.

В Протоколе указывается дата и время следующей консультации не позднее:

7-10 дней после первого обращения;

1 раза в месяц до 28 недель беременности;

2 раза в месяц с 28 недель до 36 недель беременности;

1 раз в неделю после 36 недель беременности.

3.11. АДКЦ для осуществления дистанционного динамического наблюдения за состоянием беременных женщин, ежедневно проводит мониторинг в специализированной вертикально-интегрированной медицинской информационной системе «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ВИМИС АКиНЕО). При прогрессировании заболевания незамедлительно организуется консультация (консилиум врачей) с применением телемедицинских технологий или очно с целью оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики лечебно-диагностического процесса, целесообразности перевода, либо медицинской эвакуации.

3.12. При каждой последующей консультации врач АДКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, заносит информацию в журнал регистрации беременных, находящихся на дистанционном динамическом наблюдении (пронумерованный, прошнурованный, заверенный главным врачом), а врач женской консультации отмечает в журнале учета беременных группы высокого риска и вносит данные в индивидуальную карту беременной и родильницы.

3.13. Не позднее срока 36 недель беременности врач-акушер-гинеколог АДКЦ определяет срок и место родоразрешения, согласовывает с лечащим врачом медицинской организации и фиксирует в соответствующем журнале.

3.14. АДКЦ проводит мониторинг критических акушерских состояний (далее – КАС) - заболевания, синдромы и симптомы, требующие проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в течение 42 дней после ее окончания (таблица № 2).

№ п/п	Перечень заболеваний, синдромов и симптомов, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщины в период беременности, родов и в послеродовый период
1	Остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация)
2	Нарушения сознания, психики (шкалы Глазго, RASS)
3	Инсульт
4	Тяжелая преэклампсия, эклампсия
5	Желтуха при преэклампсии
6	Билирубин более 30,0 ммоль/л (независимо от этиологии)
7	Повышение АСТ, АЛТ, ЛДГ
8	Внутрисосудистый гемолиз
9	Тромботическая микроангиопатия
10	Острый цианоз
11	Одышка более 25 в мин.
12	Патологические ритмы дыхания
13	Апноэ (любая этиология)
14	Острый респираторный дистресс синдром
15	$paO_2FiO_2 < 200$ мм. рт. ст.
16	Сатурация кислорода менее 90% более 60 мин
17	Отек легких (любая этиология)
18	Интубация трахей и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией
19	Аспирационный синдром
20	Шок - анафилактический, гиповолемический, кардиогенный, дистрибутивный
21	Продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики (любая этиология)
22	Нарушения ритма сердца (любые формы)
23	Сердечная недостаточность
24	Олигурия, резистентная к введению жидкости
25	Креатинин более 150,0 ммоль/л
26	Тромбоцитопения (менее 100 000 в мкл)
27	Сгустки крови не образуются, гипокоагуляция:
28	pH крови менее 7,2
29	Признаки гипогликемии, гипергликемии или кетоацидоза
30	Более 1 000 мл и/или продолжающееся кровотечение
31	Тяжелая анемия (любая этиология), сопровождающаяся гемической гипоксией
32	Трансфузия компонентов крови
33	Гистерэктомия (любые показания)
34	Лапаротомия кроме операции кесарева сечения
35	Релапаротомия (любые показания)
36	Разрыв матки
37	Осложнения после прерывания беременности в ранние сроки
38	Сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок
39	Лактат более 2,0 ммоль/л
40	Госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии (любые показания)
41	Согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, неакушерских операциях во время беременности
42	Осложнения анестезиологического обеспечения (любые)
43	Осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов
44	Прогнозируемая или текущая трудная интубация трахей

3.15. Основные задачи мониторинга случаев критических акушерских состояний:

осуществление оперативного, динамического контроля (дистанционного мониторинга) за состоянием здоровья женщин с критическими акушерскими состояниями;

организация и оказание круглосуточной консультативной помощи женщинам с критическими акушерскими состояниями, включая телемедицинские консультации.

4. Организация работы по взаимодействию медицинских организаций при возникновении КАС

4.1. Медицинская организация, в которую поступила (находится) пациентка с состояниями, приведенным в таблицах № 1 и № 2 (материнской смерти), и, где ей оказана помощь, заполняет «Извещение о критическом акушерском состоянии (КАС)/случае материнской смерти», по форме, утвержденной приказом Министерства, и направляет в АДКЦ.

4.2. Специалист АДКЦ заносит информацию о КАС в регистр КАС (web-адрес).

4.3. При выявлении состояний, указанных в таблице № 3, врач АДКЦ организует телемедицинскую консультацию с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Таблица № 3

№ п/п	Перечень КАС для обязательной телемедицинской консультации с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
1	Остановка сердечной деятельности (сердечно-легочная реанимация)
2	Эклампсия
3	Желтуха при преэклампсии, острая жировая дистрофия печени
4	Тромботическая микроангиопатия: HELLP, АГУС, ТТП, АФС
5	Геморрагический, анафилактический, кардиогенный шок, резистентный к проводимой терапии
6	Острый респираторный дистресс синдром взрослого
7	Отек легких (любая этиология)
8	Массивная кровопотеря и/или продолжающееся кровотечение
9	Сепсис или тяжелая системная инфекция, септический шок
10	Массивная тромбоэмболия легочной артерии
11	Декомпенсация соматической патологии (любая)
12	Другие состояния, угрожающие жизни беременной, роженицы и родильницы, определяемые специалистами региональных акушерских дистанционных центров

4.4. Мониторинг пациенток с КАС осуществляется ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Для проведения мониторинга АДКЦ ежедневно по состоянию на 00:00 московского времени актуализирует персонализированную информацию о состоянии здоровья пациентов, находящихся на мониторинге.

4.5. В случае повторного перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии пациентки, состоявшей на дистанционном мониторинге с КАС, информация о женщине заносится в регистр КАС, ежедневно, до момента прекращения дистанционного мониторинга пациентки с КАС в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

4.6. Моментом прекращения дистанционного мониторинга пациентки с КАС в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации является выбытие пациентки из отделения реанимации и интенсивной терапии (перевод в профильное отделение, выписка из медицинской организации под амбулаторное наблюдение или смерть). Показаниями для продолжения дистанционного мониторинга являются: крайне тяжелое или тяжелое состояние; отсутствие положительной динамики у пациентки при оказании медицинской помощи.

4.7. В случае материнской смерти, медицинская организация по месту события незамедлительно предоставляет информацию в АДКЦ. Специалист АДКЦ в течение 24 часов направляет информацию в регистр КАС.

5. Организация срочного (неотложного) выезда в медицинскую организацию

5.1. В АДКЦ необходимо круглосуточное присутствие бригады в составе: врача акушера-гинеколога, врача анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезистки, водителя.

5.2. Специалист АДКЦ, заведующий АДЦК и/или дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АДКЦ (далее - ответственный по АДКЦ) поступившее сообщение о КАС фиксирует в журнале регистрации обращения, заносит информацию в регистр КАС. Предоставляет необходимую консультацию и принимает одно из следующих тактических решений, записанное в Протоколе консультации АДКЦ:

срочный (неотложный) выезд в медицинскую организацию выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации;

при наличии условий для транспортировки (позволяет общее состояние женщины, имеются технические и транспортные возможности) дается поручение о транспортировке женщины силами отправляющей медицинской организации в ГБУ «Республиканский перинатальный центр»;

проведение дистанционного наблюдения за тактикой ведения и лечения женщины в отделении реанимации и интенсивной терапии медицинской организации.

5.3. Решение о срочном (неотложном) выезде в медицинскую организацию принимается ответственным по АДКЦ, согласованно с заведующим АДКЦ и заместителем главного врача по акушерству и гинекологии ГБУ «Республиканский перинатальный центр» и/или заведующим отделением анестезиологии-реанимации.

5.4. В случае сложной диагностики и/или решения вопроса о целесообразности транспортировки женщины, заведующий АДКЦ согласовывает принятое тактическое решение с заведующим отделением анестезиологии-реанимации, а он при необходимости - с главным внештатным специалистом анестезиологом-реаниматологом по акушерству и/или с главным внештатным специалистом по акушерству Министерства.

5.5. В медицинскую организацию сообщается решение о принятом срочном (неотложном) выезде и рекомендации по тактике ведения пациентки, проведения необходимого лабораторно-диагностического обследования и лечения на период организации выезда.

5.6. В АДКЦ в журнале регистрации обращений фиксируется поступившая информация и результат выезда в лечебное учреждение.

5.7. Специалисты АДКЦ, осуществляющие срочный (неотложный) выезд в медицинскую организацию, проводят подготовку к выезду в течение не более 30 минут.

5.8. Заведующий АДКЦ проводит необходимые мероприятия по подготовке выезда.

5.9. Диспетчер АДКЦ сообщает в медицинскую организацию сведения об условиях срочного (неотложного) выезда, дату и час выезда, состав бригады, осуществляющий выезд.

6. Организация экстренной эвакуации беременной/роженницы

6.1. Медицинская эвакуация пациенток осуществляется только санитарным медицинским транспортом (наземным или авиационным) в зависимости от тяжести состояния и расстояния в сопровождении медицинских работников.

6.2. Транспортабельность пациенток с КАС зависит от конкретной клинической ситуации, оценивается и осуществляется врачом анестезиологом-реаниматологом, направляющей медицинской организации.

6.3. Начатая на месте интенсивная терапия продолжается во время транспортировки. За время транспортировки заполняется карта транспортировки пациентки с акушерскими осложнениями по форме, утвержденной Министерством.

6.4. При определении нетранспортабельности пациентки необходимо обеспечить адекватный уровень оказания медицинской помощи на месте.

6.5. К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации относятся:

- агональное состояние пациентки;
- несостоятельность хирургического гемостаза, продолжающееся кровотечение;
- отек головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- рефрактерный шок любой этиологии;
- рефрактерная к ИВЛ декомпенсированная дыхательная недостаточность при невозможности обеспечения ЭКМО;
- острые дислокационные синдромы в грудной клетке до возможности их разрешения.

6.6. В случае необходимости АДКЦ взаимодействует с ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи», а также при необходимости экстренной медицинской эвакуации пациентов из труднодоступных районов республики с ГБУ «Республиканский центр медицины катастроф им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова».

7. Дистанционное наблюдение за состоянием женщин в период беременности, родов и послеродового периода, находящихся в лечебных учреждениях и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии

7.1. Заведующий АДКЦ и/или дежурный врач акушер-гинеколог и/или анестезиолог-реаниматолог АДКЦ, принявший решение проводить дистанционное наблюдение за пациенткой, нуждающейся в реанимации и/или интенсивной терапии, на основании полученной информации заполняет журнал регистрации обращений и дает необходимые рекомендации по тактике ведения, лечения, проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, периодичности консультирования, определяет показания и срок перевода на следующий этап лечения или организует проведение консультации соответствующим профильным и/или смежным специалистом.

7.2. Каждый случай обращения врач АДКЦ регистрирует в журнале регистрации обращений.

7.3. Все рекомендации при первичном обращении и рекомендации при изменении тактики ведения пациентки заносятся в Протокол консультации АДКЦ.

7.4. В случае необходимости перевода пациентки на следующий этап лечения, дежурный врач-акушер-гинеколог и/или врач-анестезиолог-реаниматолог АДКЦ определяют показания и условия транспортировки.

8. Проведение организационно-методической работы

8.1. АДКЦ проводит мониторинг дефектов оказания медицинской помощи, женщинам в период беременности и родов, состоящим под наблюдением специалистов АДКЦ, мониторинг женщин группы высокого риска.

8.2. АДКЦ проводит оценку качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, нуждавшихся в реанимации и/или интенсивной терапии, состоявших под наблюдением специалистов АДКЦ.

8.3. АДКЦ обеспечивает оперативной информацией (о количестве тяжелых пациентов, характере и степени тяжести выявленной патологии, результатах лечебно-диагностических мероприятий) отдел материнства Минздрава Чеченской Республики.

8.4. АДКЦ ведет учетную и отчетную документацию, предоставляет отчеты о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06. 2026 года № 114

**Положение
о консультативно-диагностическом отделении**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности консультативно-диагностического отделения (далее – КДО).

1.2. КДО создается как структурное подразделение ГБУ «Республиканский перинатальный центр», обеспечивающее использование современных диагностических медицинских технологий.

1.3. КДО в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, законодательством Чеченской Республики, ведомственными нормативными правовыми актами, а также настоящим Положением.

1.4. КДО возглавляет заведующий отделением, назначаемый главным врачом ГБУ «Республиканский перинатальный центр», подчиняется главному врачу, заместителю главного врача по медицинской части. Заведующий отделением отвечает за организацию работы отделения по диагностическим, тактическим и текущим вопросам.

1.5. КДО осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими структурными подразделениями ГБУ «Республиканский перинатальный центр» и медицинскими организациями, подведомственными Министерству здравоохранения Чеченской Республики (далее соответственно – медицинская организация, Министерство).

2. Цель и задачи КДО

2.1. Основной целью работы КДО является оказание амбулаторной квалифицированной консультативно-диагностической помощи беременным из высокой группы риска, направленной на оценку здоровья, раннего выявления осложнения беременности, прогнозирование исхода родов, с выбором места, времени и способа родоразрешения, с целью медицинской профилактики критических акушерских состояний, перинатальных потерь и материнской смертности.

2.2. Основной задачей функционирования КДО является оказание первичной и специализированной медико-санитарной помощи беременным низкой, средней, высокой групп риска акушерской и экстрагенитальной патологии.

2.3. Мониторинг эффективной маршрутизации беременных, рожениц и родильниц в зависимости от степени риска акушерской и экстрагенитальной

патологии.

3. Права КДО

3.1. КДО имеет право:

привлекать для консультативной и лечебной помощи профильных и смежных специалистов из медицинских организаций, главных штатных и внештатных специалистов Министерства;

получать медицинскую документацию, статистические данные и информацию о деятельности медицинских организаций;

проводить заседания врачебной комиссии по разбору дефектов оказания медицинской помощи женщине в период беременности, родов и послеродовом периоде и ребенку в медицинских организациях;

представлять заместителю министра здравоохранения Чеченской Республики, курирующему вопросы материнства и детства, протокол заседания с выявленными нарушениями и заключением для принятия организационных решений;

4. Функции КДО

4.1. Оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи беременным и раннее выявление осложнений беременности, родов и послеродового периода.

4.2. Организация дистанционных медицинских консультаций при невозможности посещения пациентами КДО.

4.3. Мониторинга диспансерного наблюдения беременных высокой, средней групп риска акушерской и экстрагенитальной патологии кураторами КДО в государственной информационной системе в сфере здравоохранения Чеченской Республики (далее – ГИСЗ ЧР).

4.4. Обследование и лечение беременных и гинекологических пациентов с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и амбулаторно.

4.5. Обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических пациентов между женской консультацией и другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами (консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями.

4.6. Проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий.

5. Примерный алгоритм работы КДО

5.1. Врач-акушер-гинеколог при первичном обращении женщины по

факту беременности на любом сроке в женскую консультацию ставит женщину на учет по беременности, проводит оценку факторов риска акушерской и экстрагенитальной патологии, оформляет первичную медицинскую документацию в ГИСЗ ЧР и выставляет группу акушерского риска.

5.2. Если беременная отнесена к группе среднего или высокого риска и/или у нее имеются состояния, приведенные в таблице № 1 приложения № 1 к настоящему приказу, лечащий врач по согласованию с заведующей женской консультацией формирует направление в ГИСЗ ЧР на консультацию к врачу-акушеру-гинекологу – куратору КДО.

5.3. При госпитализации беременной обязательно информируется куратор КДО в течение 1 рабочего дня со дня госпитализации.

5.4. Заведующая женской консультацией при поступлении информации о постановке на учет беременной высокой группы риска от врача-акушера-гинеколога при необходимости:

проводит совместный осмотр беременной и организует оперативное дообследование в условиях данной женской консультации и формирует направительный диагноз в КДО;

связывается с куратором КДО и определяет дату направления на прием беременной в КДО;

ведет регистр и мониторинг беременных средней и высокой групп риска акушерской и экстрагенитальной патологии и ежедневно актуализирует его в части вновь прибывших и контроля за выполнением рекомендаций куратора КДО.

6. Порядок работы КДО

6.1. Прием беременных осуществляется ежедневно с понедельника по пятницу в соответствии с утвержденными графиками работы медицинской организации.

6.2. КДО обслуживает беременных с обеспечением кураторской работы согласно прикреплению.

6.3. Запись беременных на прием к врачам-акушерам-гинекологам КДО при наличии показаний производится в ГИСЗ ЧР.

6.4. При направлении на консультацию в КДО беременные должны иметь направление, подписанное заведующей женской консультацией, паспорт, медицинский полис, СНИЛС, результаты обследования, в том числе УЗИ скрининга.

6.5. Работа КДО осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

6.6. Первичный прием беременной в КДО проводится врачом-акушером-гинекологом. В рамках приема врач определяет схему обследования беременной, записывает ее на прием к необходимым узким

специалистам и оформляет заключительный диагноз с рекомендациями по ведению беременной в женской консультации по месту наблюдения, определяет дату повторного приема. При необходимости беременным из групп риска назначаются дополнительные методы исследования (Эхо КГ, УЗДГ сосудов шеи, нижних конечностей, УЗИ ОБП, ЭКГ, холтер ЭКГ, ЭЭГ и другие).

6.7. При необходимости проводится консультация профильными специалистами, организуется консилиум.

6.8. Обследование и заключительный диагноз формируется не позднее 48 часов с момента обращения беременной в КДО.

6.9. При отклонении от нормального течения беременности, подозрении на наличие ранее не диагностированной декомпенсированной экстрагенитальной патологии, прогрессировании течения хронических заболеваний, в том числе при отсутствии эффекта от проводимой ранее терапии, показана своевременная госпитализация в стационар согласно действующей маршрутизации.

6.10. Результат консультации выдается на руки беременной и направляется заведующей территориальной женской консультации.

6.11. Дальнейшее наблюдение беременной проводится в территориальных женских консультациях в рамках рекомендации куратора КДО. При необходимости оказывается консультативная помощь с использованием телемедицинских технологий или повторных очных консультаций.

Приложение № 4
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06. 2026 года № 114

Схема

прикрепления населенных пунктов к акушерским стационарам медицинских организаций, а также акушерских стационаров первой группы к акушерским стационарам второй и третьей А группы и акушерских стационаров второй группы к стационарам третьей А группы

Городской округ/муниципальный округ	Акушерские стационары 1 группа (уровень)	Акушерские стационары 2 группа (уровень)	Акушерские стационары 3А группа (уровень)		
Гудермесский	-	-	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»	
Курчалоевский	ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»	-			
Ножай-Юртовский	-	ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»			
Шелковской	ГБУ «Шелковская центральная районная больница»	-			
Серноводский	-	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»	ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»		
Ачхой-Мартановский	-				
Урус-Мартановский	-				
Шатойский					
г. Грозный	-	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»			
Наурский	ГБУ «Наурская центральная районная больница»				
Надтеречный	ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»				
г. Аргун	-	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»			
Шалинский	-	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»			
Веденский	-				
Грозненский	-				-

Приложение № 5
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «04» 06 2026 года № 114

Схема
маршрутизации женщин для искусственного прерывания беременности

Муниципальный округ	1-2-3 группа (уровень)	С соответствующими критериями, при живом/мертвом плоде на 2-3 уровень		С соответствующими критериями при живом/мертвом плоде	
	до 12 недель в гинекологические отделения/женские консультации	до 22 недель в гинекологические отделения	с 22 недель в акушерский стационар	до 22 недель	с 22 недель
Гудермесский	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»		ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»
Ножай-Юртовский	ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»				
Курчалоевский	ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»				
Шелковской	ГБУ «Шелковская центральная районная больница»				
Веденский	ГБУ «Веденская центральная районная больница»	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»		ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»	
Шалинский	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»			
г. Аргун	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»	-			
Надтеречный	ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»	-			
Наурский	ГБУ «Наурская центральная районная больница»	-		ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева»	
г. Грозный	ГБУ «Поликлиника № 1 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 2 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 3 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 5 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 6 г. Грозного»; ГБУ «Поликлиника № 7 г. Грозного»; ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»; ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»; ГБУ «Клиническая Больница № 5 г. Грозного»; ГБУ «Городская больница № 6 г. Грозного».	ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»; ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»; ГБУ «Клиническая Больница № 5 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»		
	Грозненский	ГБУ «Грозненская центральная районная больница»	-		
	Серноводский	ГБУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»		
Ачхой-Мартановский					
Урус-Мартановский	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»				
Шатойский	ГБУ «Шатойская межрайонная больница»				

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06 2026 года № 114

Схема
маршрутизации женщин в период беременности для проведения пренатальной диагностики нарушений развития плода

Городской округ/муниципальный округ/медицинская организация	Кабинеты/отделение антенатальной охраны плода	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»
Ачхой-Мартановский	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»	Медико-генетическая консультация (центр) ГБУ «Республиканский перинатальный центр»
Серноводский		
Урус-Мартановский		
Шатойский		
Веденский	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»	
Шалинский		
Гудермесский	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»	
Ножай-Юртовский		
Шелковской	ГБУ «Шелковская центральная районная больница»	
Курчалоевский	ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»	
Грозненский	ГБУ «Грозненская центральная районная больница»	
Надтеречный	ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»	
Наурский	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»	
г. Аргун	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»	
г. Грозный за исключением: ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного» и ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»	ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»	
ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	
ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»	ГБУ «Поликлиника № 4 г. Грозного»	

Приложение № 7
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от « 04 » 06 2026 года № 114

Схема
маршрутизации женщин с гинекологическими заболеваниями (за исключением осложнений послеродового периода)

Городской округ/муниципальный округ	1 уровень	2 уровень	3 уровень	3 уровень
Гудермесский	-	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»	ГБУ «Республиканская клиническая больница имени первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова»» (в.т.ч. экстренная госпитализация)
Шелковской	ГБУ «Шелковская центральная районная больница»			
Ножай-Юртовский	ГБУ «Ножай-Юртовская центральная районная больница»			
Курчалоевский	ГБУ «Курчалоевская центральная районная больница им. А.И. Хизриевой»			
Шалинский	-			
Веденский	ГБУ «Веденская центральная районная больница»	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»		
г. Аргун	-	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»		
Грозненский	ГБУ «Грозненская центральная районная больница»	-	ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»	ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева» (в т.ч. экстренная госпитализация)
Надтеречный	ГБУ «Надтеречная центральная районная больница»	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»		
Наурский	ГБУ «Наурская центральная районная больница»			
г. Грозный	-	ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»		
	-	ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»		
	-			
Серноводский	-	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»		
Ачхой-Мартановский	ГБУ «Ачхой-Мартановская центральная районная больница»			
Урус-Мартановский	-			
Шатойский	ГБУ «Шатойская межрайонная больница»			

Приложение № 8
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от « 01 » 06 . 2026 года № 119

Схема

**маршрутизации беременных женщин с полным предлежанием и/или расположением плаценты
по рубцу (после кесарево сечения или других операций на матке) с вращением (с подозрением) / без вращаия, в том числе с
внутриутробной гибелью плода**

Муниципальный округ	До 12 недель при живом плоде в ОПБ (на сохранение беременности)	В 12-22 - при живом плоде в ОПБ (на сохранение беременности)	В сроке 22 – 34 недель: с в/у гибелью плода/на прерывание беременности; с акушерской патологией, в т.ч. на сохранение, если не ожидается родоразрешение в ближайшие 48 часов	Беременные 22 - 34 недель: если ожидается родоразрешение в ближайшие 48 часа. Все случаи 34 и выше	До 22 недель беременности с мертвым плодом п/или на прерывание беременности - в гинекологические отделения
Гудермесский	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»		ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»	ГБУ «Республиканский перинатальный центр»	ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова»
Ножай-Юртовский					
Курчалоевский					
Шелковской					
Веденский	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»				
Шалинский					
г. Аргун	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»				
г. Грозный	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»				
Наурский					
Надтеречный					
Грозненский					
Урус-Мартановский	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»				
Ачхой-Мартановский					
Серноводский					
Шатойский					

Приложение № 9
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от « 01 » 06 2026 года № 114

Схема

маршрутизации женщины в период беременности и послеродовом периоде (в течение 42 дней после родов) с экстрагенитальной патологией, на лечении в специализированных отделениях

Муниципальный округ/ медицинская организация	2 уровень	3 уровень***	3 уровень
Урус-Мартановский	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»	ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева» *	По согласованию с АДКЦ и профильным стационаром: ГБУ «Республиканский клинический центр онкологии и радиологии»; ГБУ «Республиканский клинический центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД»; ГБУ «Республиканский центр фтизиопульмонологии»; ГБУ «Республиканский эндокринологический диспансер»;
Серноводский			
Ачхой-Мартановский			
Шатойский			
г. Грозный, за исключением городских больниц: № 3;5;6	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»		
ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»		
ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»		
ГБУ «Больница № 6 г. Грозного»	ГБУ «Больница № 6 г. Грозного»		
Грозненский	-		
Наурский	-		
Надтеречный	-		
Шалинский	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»	ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова»**	ГБУ Республиканский кожно- венерологический диспансер»; ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер»; ГБУ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн им. М.Т. Индербиева»
Веденский			
Гудермесский	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»		
Шелковской			
Ножай-Юртовский			
Курчалоевский			
г. Аргун	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»		

*за исключением профилей: ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, гематология, ортопедия, оториноларингология, офтальмология, нефрология, комбустиология.

**за исключением профиля - челюстно-лицевая хирургия

***в том числе при оказании скорой медицинской помощи

Приложение № 10
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от «01» 06 2026 года № 114

Схема

маршрутизации женщин с осложнениями послеродового периода (в течение 42 дней после родов) в гинекологические отделения

Муниципальный округ/ медицинская организация	2 уровень*	3 уровень**
Урус-Мартановский	ГБУ «Центральная районная больница Урус-Мартановского района им. М.М. Ахтаханова»	ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева»
Серноводский		
Ачхой-Мартановский		
Шатойский		
г. Грозный, за исключением ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного» и ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 4 г. Грозного»	
ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 3 г. Грозного»	
ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	ГБУ «Клиническая больница № 5 г. Грозного»	
Грозненский	-	
Наурский	-	
Надтеречный	-	
Шалинский	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»	ГБУ «Республиканская клиническая больница им. первого Президента Чеченской Республики Героя России А.А. Кадырова»
Веденский		
Гудермесский	ГБУ «Гудермесская центральная районная больница им. Х.Ш. Алиева»	
Шелковской		
Ножай-Юртовский		
Курчалоевский	ГБУ «Аргунская городская больница № 1»	
г. Аргун		

* без признаков генерализации воспалительного процесса (послеродовый перитонит, органная дисфункция, сепсис, шок), в т.ч. при оказании скорой медицинской помощи

** с признаками генерализации воспалительного процесса (послеродовый перитонит, органная дисфункция, сепсис, шок), в т.ч. при оказании скорой медицинской помощи

Приложение № 11
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от « 01 » 06. 2026 года № 114

**Направление на консультацию
с акушерским дистанционным консультативным центром**

Дата « » _____ 20 ____ г. время обращения ____ час. ____ мин.

Медицинская организация _____

Ф.И.О. пациентки _____ полных лет _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Перенесенные заболевания _____

COVID: не/болела, дата _____, течение легкое/тяжелое, прививка да / нет, дата _____

Эпиданамнез _____ Аллергоанамнез _____

Соматические заболевания _____

Гемотрансфузия _____ Здоровье мужа _____

Гинекологические заболевания _____

Предыдущие беременности _____ исход _____

Течение настоящей беременности: I триместр _____

II триместр _____

III триместр _____

Срок беременности: _____ по УЗИ _____

Объективные данные: жалобы _____

Общее состояние _____ сознание _____

кожа _____ отеки _____ температура _____

сердечные тоны _____ АД пр.р. _____ лев.р. _____ пульс _____ в мин.

органы дыхания _____

органы пищеварения _____

мочевыделительная система _____ диурез _____ мл. (с _____ ч. _____ мин. по _____ ч. _____ мин.)

Акушерский статус: размеры таза _____ ОЖ _____ ВДМ _____ ПМП _____

тонус матки _____ схватки _____ через _____ по _____

положение плода _____ предлежание плода _____ С/б плода _____ в мин.

Влагалищное исследование: влагалище _____ шейка матки (положение) _____

Длина _____ консистенция _____ края _____ открытие _____ см.

плодный пузырь _____ выделения _____ предлежащая часть _____

Данные лабораторных исследований: ОАК: _____

ОАМ: _____

Биохимический анализ крови: _____

Коагулограмма: _____

Данные УЗИ: _____

Диагноз: _____

План ведения беременности и родов: _____

Цель консультации: _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

Подпись _____ Телефон: _____

телемедицинской/медицинской консультации пациентки специалистами акушерского
дистанционного консультативного центра

Приложение № 13
к приказу Министерства
здравоохранения Чеченской Республики
от « 01 » 06 2026 года № 114

Извещение о критическом акушерском состоянии/случае материнской смерти

1. Основания для внесения в регистр критических акушерских состояний: _____
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
3. Дата рождения: « _____ » _____ 20 ____ г.
4. СНИЛС, полис ОМС: _____
5. Наименование и уровень МО, где выявлено КАС: I / II / III уровень
МО: _____
6. Дата и время начала оказания помощи: « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ ч. ____ мин.
7. Информации передана в региональный АДКЦ: « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ ч. ____ мин.
8. Дата и время выезда выездной бригады СМП анестезиологии-реанимации (выездной бригады): « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ ч. ____ мин.
9. Дата и время прибытия выездной бригады: « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ ч. ____ мин.
10. Оказанная выездной бригадой медицинская помощь: стабилизация состояния / оставлена на месте / медицинская эвакуация / родоразрешение / гистерэктомия / интубация, с продленной ИВЛ
11. Наименование и уровень МО, в котором находится пациентка: I / II / III уровень
МО: _____
12. № истории родов/болезни: _____
13. Дата и время госпитализации: « ____ » _____ 20 ____ г. в ____ ч. ____ мин.
14. Диагноз при поступлении: _____
15. Жалобы на момент передачи информации: _____
16. Состояние пациентки на момент передачи информации: удовлетворительное / средней степени / тяжёлое
17. Динамика состояния: улучшение / стабильное / ухудшение
18. Перенесенные хронические заболевания (МКБ-10): _____
19. Клинические данные на момент передачи информации:
Сознание: _____ баллов по шкале Глазго (психика: _____ баллов по шкале RASS)

Показатель	Дата:	Результат	Показатель	Дата:	Результат
<i>Общий анализ крови</i>			<i>Общий анализ мочи</i>		
Гемоглобин			Белок		
Лейкоциты			Лейкоциты		
Тромбоциты			Гиалиновые цилиндры		
Гемолиз (+/-)			Кетоновые тела		
<i>Коагулограмма</i>			<i>Суточная протеинурия</i>		
АЧТВ					
МНО			<i>Биохимический анализ крови</i>		
ПТИ			Общий белок		
Фибриноген			Глюкоза		
Д-димер			Билирубин		
			Креатинин		
раО ₂ /FiO ₂			Мочевина		
рН крови			АСТ		
			АЛТ		
HBsAg			лдг		
HCV			Лактат		
ВИЧ			СРБ		
COVID-19			Кетоновые тела		

20. Лабораторные данные:

АД	Пульс	Температура	ЧДД/в мин	Сатурация (минимум-максимум за 60 мин)	Диурез (мл/ч)

21. Исход беременности:

Роды / прерывание беременности: дата, время, срок гестации	Операции: ASA дата, время, начала и окончания	Ребенок: масса / рост / Апгар /	Общая кровопотеря

22. Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения) на момент извещения (МКБ-10): _____

23. Мероприятия, проводимые на данном этапе:

Эфферентные методы лечения: гемодиализ / гемосорбция / плазмаферез / плазмообмен;

Респираторная поддержка:

неинвазивная (дата и время начала) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

(дата и время окончания) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

инвазивная (дата и время начала) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

(дата и время окончания) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

ЭКМО (дата и время начала) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

(дата и время окончания) «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

Лекарственный препарат	Доза	Дата / время
вазопрессорные препараты да/нет		
инотропные препараты да/нет		
компоненты крови да/нет		

24. На момент передачи информации в регистр КАС пациентка находится в отделении реанимации и интенсивной терапии / операционной / родовом отделении / профильном отделении / проводится медицинская эвакуация / выписана из МО / смерть

25. Пациентка:

не нуждается в проведении телемедицинской консультации с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

врачом АДКЦ подан запрос на проведение телемедицинской консультации с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации в экстренном / неотложном / плановом порядке;

проведена телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (дата консультации).

26. Дата, время заполнения «__» _____ 20__ г. в __ ч. __ мин.

27. Фамилия, имя, отчество врача АДКЦ: _____

Подпись _____

28. Фамилия, имя, отчество лечащего врача: _____

Подпись _____