



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ
БУРЯАД РЕСПУБЛИКЫН ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

№ 637-ОА

№ 15.05.2013.

г. Улан-Удэ

О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Республике Бурятия

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в Республике Бурятия (приложение №1).
2. Руководителям медицинских организаций, в состав которых входят женские консультации:
 - 2.1. Довести до сведения всех заинтересованных лиц приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 572 н, настоящий приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия.
 - 2.2. Разработать и утвердить «Положение об организации деятельности женской консультации» в соответствии с приложением № 1 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572 н.
 - 2.3. Разработать и утвердить «Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации» в соответствии с приложением № 4 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572 н.
 - 2.4. Привести штатные нормативы медицинского и другого персонала женских консультаций в соответствии с приложением № 2 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за

исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572 н.

2.5. Привести стандарт оснащения женской консультации в соответствии с приложением № 3 Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572 н.

2.6. Обеспечить целевое использование средств, полученных учреждениями по родовым сертификатам, на приведение в соответствие стандарта оснащения женской консультации (талон № 1).

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций Республики Бурятия, в состав которых входят родильные отделения, главным врачам родильных домов:

3.1. Довести до сведения всех заинтересованных лиц приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 572 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), настоящий приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия.

3.2. Разработать и утвердить «Положение об организации деятельности родильного дома (отделения)» в соответствии с приложением № 6 Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

3.3. Привести штатные нормативы медицинского и другого персонала родильных домов, стандарт оснащения родильного дома (отделений) в соответствии с приложением № 7-8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

3.4. Обеспечить целевое использование средств, полученных учреждениями по родовым сертификатам, на приведение в соответствие табеля оснащения родильного стационара (талон № 2).

4. Главному врачу перинатального центра:

4.1. Довести до сведения всех заинтересованных лиц приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 572 н, настоящий приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия.

4.2. Разработать и утвердить «Положение об организации деятельности перинатального центра» в соответствии с приложением № 9 Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

4.3. Привести штатные нормативы медицинского и другого персонала перинатальных центров в соответствии с приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за

исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

4.4. Привести стандарт оснащения перинатального центра в соответствии со «Стандартом оснащения перинатального центра» приложение № 11 Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

4.5. Обеспечить целевое использование средств, полученных учреждениями по родовым сертификатам, на приведение в соответствие табеля оснащения перинатального центра (талон № 2).

5. Рекомендовать руководителям учреждений здравоохранения, в состав которых входят гинекологические отделения (больницы):

5.1. Довести до сведения всех заинтересованных лиц приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 № 572 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), настоящий приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия.

5.2. Разработать и утвердить «Положение об организации деятельности гинекологического отделения» в соответствии с приложением № 17 Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

5.3. Привести стандарт оснащения и штатные нормативы гинекологических отделений в соответствии с приложением № 18-19 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю возложить на начальника отдела медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Л.М. Жовтун.

Министр



В.В. Кожевников

от 15.05.2013 г.

1. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

1. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание услуг по специальности «акушерство и гинекология».

2. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа: первый - амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности - врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (под контролем закрепленного врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания центральной районной (городской) больницы); второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) учреждений здравоохранения.

3. Потоки направления беременных с акушерской и соматической патологией определены приказами Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 18.02.2008 № 105 «Об этапности оказания медицинской помощи женщинам беременным, роженицам и родильницам в Республике Бурятия», № 63-од от 28.01.2013г «Об организации экстренной госпитализации больных в медицинские организации г. Улан-Удэ в 2013г»

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся: врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз; врачом-терапевтом - не менее двух раз, врачом-стоматологом - не менее трех раз (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, а затем в каждом триместре); врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раз; другими специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии. Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 20-22 недели и 32-34 недели. При сроке беременности 11-13,5 недель беременные женщины направляются на экспертный уровень пренатальной диагностики в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия № 699-од от 5 июня 2012г «О мерах по снижению врожденных пороков развития у детей в Республике Бурятия»

5. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

6. При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом-акушером-гинекологом до

11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером - гинекологом до 22 недель беременности.

7. Основными критериями качества работы женской консультации, оцениваемой органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, являются: показатель ранней постановки на учет по беременности; частота невынашивания и недонашивания беременности; показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности; отсутствие антенатальной гибели плода; отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности; разрыв матки до госпитализации; несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью; несвоевременная госпитализация при переношенной беременности.

8. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

9. По показаниям беременные женщины направляются на долечивание и реабилитацию в специализированные санаторно-курортные учреждения (отделения) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2006 № 44 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория» (зарегистрирован Минюстом России 24 марта 2006 г., регистрационный № 7630, в редакции приказов Минздравсоцразвития России от 25 декабря 2006

№ 876 (зарегистрирован Минюстом России 5 февраля 2007 г., регистрационный № 8892), от 27 мая 2008 г. № 244н (зарегистрирован Минюстом России 18 июня 2008, регистрационный № 11854), от 21 ноября 2008 № 659н (зарегистрирован Минюстом России 15 декабря 2008 г., регистрационный № 12866).

10. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в учреждениях родовспоможения (отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированные отделения учреждений здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности.

11. Врачи женских консультаций осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах и приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 18.02.2008 № 105 «Об этапности оказания медицинской помощи женщинам беременным, роженицам и родильницам в Республике Бурятия»

12. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером - гинекологом.

При наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения родовспоможения (перинатальный центр, родильный дом (отделение)). При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной

патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

13. При необходимости родоразрешение беременной или роженицы с тяжелой экстрагенитальной патологией консилиумом с участием акушера-гинеколога, врача-специалиста по профилю заболевания, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога определяются сроки родоразрешения, метод родоразрешения, место (лечебно-профилактическое учреждение) родоразрешения. При этом при выборе учреждения, как места родоразрешения, приоритетным условием является прогноз для здоровья и жизни женщины, а также наличие лицензии в учреждении по специальности «акушерство и гинекология». Ответственным за своевременность проведения консилиума в лечебном учреждении в соответствии со ст. 13 ФЗ № 323 от 21 ноября «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является лечащий врач.

14. В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в ГБУЗ РПЦ, ГБУЗ ГРД№2, при невозможности транспортировки в родильные отделения центральных районных больниц с организацией своевременного вызова санитарной авиации и готовности оказания медицинской помощи новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500 - 999 г). Ответственность за своевременность вызова санитарной авиации возлагается на лечащего врача и заместителя главного врача по лечебной работе учреждения.

15. При сроке беременности 25 и более недель при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в ГБУЗ РПЦ, ГБУЗ ГРД№2, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

16. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения. Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом об учреждении здравоохранения, в котором планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

17. Направление беременных на консультативный прием к специалистам ГБУЗ «РПЦ» осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 18.02.2008 № 105 «Об этапности оказания медицинской помощи женщинам беременным, роженицам и родильницам в Республике Бурятия»

II. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период.

1. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание услуг по специальности «акушерство и гинекология».

2. Вопросы организации деятельности родильного дома (отделения), штатные нормативы персонала родильных домов (отделений), стандарт оснащения родильного дома (отделения) регулируются приложениями № 6-9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 № 572

Вопросы организации деятельности перинатального центра, штатные нормативы персонала перинатальных центров, стандарт оснащения перинатального центра регулируются приложениями № 12,13, 14, 15, 21,22, 23,31, к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 № 572

4. При поступлении беременной женщины (роженицы) в приемное отделение учреждения здравоохранения проводится санитарная обработка беременной женщины (роженицы). При отсутствии противопоказаний к госпитализации в физиологическое родовое отделение, беременная женщина (роженица) госпитализируется в отделение патологии беременности (родовой блок), при наличии противопоказаний – в наблюдательное отделение. При неотложных состояниях беременная (роженица) переводится в отделение анестезиологии и реаниматологии.

5. Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов - 3-5 суток.

6. Перед выпиской родильнице предлагается проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

7. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка).

8. После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

III. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи.

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями в сроке до 10-12 недель беременности обследуются в амбулаторно-поликлинических учреждениях или при наличии показаний госпитализируются в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «кардиология» и «акушерство и гинекология». Консилиум в составе врача-кардиолога, врача-кардиохирурга и врача- акушера-гинеколога на

основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и 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.

2. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) госпитализации беременных женщин в сроке до 12 недель в учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относятся следующие заболевания:

2.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса; все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения; ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и/или нарушениями сердечного ритма; кардиомиопатии; тетрада Фалло; Болезнь Эбштейна; сложные врожденные пороки сердца; синдром Эйзенменгера; болезнь Аэрза;

2.3. болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

острые и подострые формы миокардита; хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма; инфаркт миокарда в анамнезе; острые и подострые формы бактериального эндокардита; острые и подострые формы перикардита; степени тяжести; все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией; пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма; пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями; пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

2.2. врожденные пороки сердца:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения; пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток); пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения; пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией; пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом; пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или наличием постстенотического расширения); врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов

2.4. нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

2.5. состояния после операций на сердце.

3. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель

беременности обследуются в амбулаторно-поликлинических учреждениях или при наличии показаний госпитализируются в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», имеющее лицензию осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология» и «акушерство и гинекология».

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 ГБУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница». При отказе женщины прервать беременность консилиум в составе врача - кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, а в случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) - о госпитализации в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология».

При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно - сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «кардиология» или «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология», для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

5. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими экстренной хирургической помощи, госпитализируются в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «кардиология» и (или) «сердечно-сосудистая хирургия», «акушерство и гинекология», для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора и (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения. Консилиум учреждения здравоохранения, в которое госпитализирована беременная женщина, в составе врача-кардиохирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний — о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

6. При сроке беременности 35-37 недель женщины госпитализируются в ГБУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко» (для уточнения сроков родов, выбора способа родоразрешения), где способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача-кардиолога (врача-сердечно - сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса. Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых коррективов в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

7. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной абляции), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются для родоразрешения в соответствии с решением консилиума в федеральные профильные учреждения, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология» для проведения соответствующего лечения.

IV. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период

1. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся: острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно - сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок); пре- и эклампсия; HELLP-синдром; острый жировой гепатоз беременных; ДВС-синдром; послеродовой сепсис; сепсис во время беременности любой этиологии; ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее); пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации; миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения; сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу; тяжелая анемия любого генеза; тромбоцитопения любого происхождения; острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг; тяжелая форма эпилепсии; миастения; острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

2. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в родильных домах и перинатальных центрах создаются отделения анестезиологии и реанимации, а также акушерские дистанционные консультативные центры с выездными

анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами (далее – акушерский дистанционный консультативный центр). Вопросы организации деятельности отделения анестезиологии и реаниматологии перинатального центра и родильного дома регулируются приложением №12 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

Вопросы организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра, штатные нормативы медицинского персонала и стандарт оснащения акушерского дистанционного консультативного центра регулируются приложениями, № 13 -1 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерства и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» утвержденному приказом Минздравом России от 12 ноября 2012 № 572

3. Оказание неотложной медицинской помощи, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется в два этапа: догоспитальный, осуществляемый выездной бригадой, скорой медицинской помощи (далее - СМП); стационарный, осуществляемый в отделениях анестезиологии и реаниматологии учреждений охраны материнства и детства или больничных учреждений.

4. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы на уровне фельдшерско - акушерского пункта медицинский работник в экстренном порядке вызывает бригаду СМП и информирует администрацию центральной районной больницы (далее - ЦРБ) о сложившейся ситуации.

5. Дежурный администратор ЦРБ организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице с привлечением специалистов врачей-акушеров-гинекологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов до времени прибытия бригады СМП и осуществляет подготовку подразделений учреждения здравоохранения к приему беременной женщины, роженицы или родильницы.

6. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в учреждение здравоохранения, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в отделение плановой и экстренной консультативной медицинской помощи для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной бригады в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 18.02.2009 № 105 «Об этапности оказания медицинской помощи женщинам беременным, роженицам и родильницам в Республике Бурятия » 7. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в отделении анестезиологии и реаниматологии осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

V. Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

1. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.
2. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание услуг по специальности «акушерство и гинекология».
3. Вопросы организации деятельности гинекологического отделения учреждений здравоохранения регулируются приложением № 17-19 к приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 18.02.2009 № 105 «Об этапности оказания медицинской помощи женщинам беременным, роженицам и родильницам в Республике Бурятия».
4. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).
5. На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует с социальным работником в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности при сроке до 12 недель, преконцепционная и прегравидарная подготовка. При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза.
6. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья и группы диспансерного наблюдения: в соответствии с приказом МЗ РФ № 572
Врач-акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, не реже 1 раза в год.
7. При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером - гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции. Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и

гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

8. Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии. В случае наличия показаний для оказания специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», ГБУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница».

9. Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

VI. Порядок оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией.

1. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 17 лет включительно включает профилактику и диагностику нарушений формирования репродуктивного здоровья, раннее выявление заболеваний половых органов, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий.

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в детской поликлинике, женской консультации, «Центр планирования семьи и репродукции» ГБУЗ РПЦ, ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» (ДРКБ),

3. В случае отсутствия врача-акушера-гинеколога в учреждении здравоохранения амбулаторно-поликлиническая первичная медико-санитарная помощь девочкам с различными гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития в возрасте до 17 лет включительно оказывается врачом-педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта.

4. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение диспансерных (профилактических) осмотров девочек при рождении, а также в возрасте 9-12 месяцев, 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции. Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается

врачами-акушерами - гинекологами или врачами-педиатрами в составе выездных бригад.

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы состояния здоровья и диспансерного наблюдения в соответствии с приказом МЗ РФ № 572-н. Девочка, достигшая возраста 18 лет, передается под наблюдение врача - акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

5. Медицинский работник, оказывающий первичную медико - санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи в учреждение здравоохранения, имеющее лицензию и специалистов соответствующего профиля, в случаях, когда отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект от проводимой терапии, при подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путем, беременности, пороков развития и нарушения полового развития.

6. Специализированная медицинская помощь девочкам с гинекологической патологией оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «педиатрия».

7. Экстренная медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в ГБУЗ РКГБ, ГБУЗ ГК БСМП, имеющих лицензии по специальностям «акушерство и гинекология» и «детская хирургия». Объем оперативного вмешательства определяется при участии врача-акушера-гинеколога.

8. Плановая медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в ГБУЗ «Республиканская клиническая гинекологическая больница»

9. Правила организации деятельности врача акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, определены приложением № 21 к приказу МЗ РФ № 572

10. Порядок оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности, определены разделом № 9 приказа МЗ РФ № 572-н

VII. Порядок оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям

1. На прерывание беременности по медицинским показаниям направляются беременные в соответствии с перечнем медицинских показаний, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 736 от 3 декабря 2007г «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

2. Решение о прерывании беременности по медицинским показаниям принимает пренатальный консилиум независимо от срока беременности

3. Беременной, которому показано прерывание беременности по медицинским показаниям, направляются на пренатальный консилиум в ГБУЗ Республиканский перинатальный центр. На консилиум предоставляется

информация о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка.

4. Пренатальный консилиум проводится на базе ГБУЗ РПЦ в составе зав. КДО РПЦ, зам главного врача по лечебной работе ГБУЗ РПЦ, ГБУЗ ГРД №2, ГБУЗ РКГБ, юриста, врача перинатолога, специалиста лучевой диагностики, врача-генетика, детских и взрослых профильных специалистов в зависимости от выявленной патологии у матери или плода, психолога, социального работника (по согласованию).

5. Возглавляет пренатальный консилиум главный специалист курирующий службу родовспоможения и детства, главный врач ГБУЗ РПЦ

5. В случае положительного решения вопроса о прерывании беременности по медицинским показаниям формулируется полный клинический диагноз и определяется время и место плановой госпитализации. Беременная и члены её семьи заблаговременно информируются об учреждении здравоохранения, в которое планируется госпитализация

6. Госпитализация осуществляется:

- в ГБУЗ РКГБ беременных, нуждающихся в прерывании беременности по медицинским показаниям в сроке до 22 недель беременности.

- в ГБУЗ ГРД №2- беременных, нуждающихся в прерывании беременности по медицинским показаниям с выявленными врожденными аномалиями развития плода, несовместимыми с жизнью, антенатальной гибелью плода, - декомпенсированной ФПН, выраженным маловодием (ИАЖ менее 4,0), абсолютным маловодием свыше 22 недель беременности,

- в ГБУЗ РПЦ беременных, нуждающихся в прерывании беременности по медицинским показаниям вследствие выявленной экстрагенитальной патологии.

7. При невозможности госпитализации беременных с антенатальной гибелью плода в медицинские учреждения г. Улан-Удэ вопрос решается индивидуально, после консультации с заведующим акушерского дистанционно-консультативным центром ГБУЗ РПЦ (С.Д. Бардымова)

8. В случае пребывания беременной женщины в соматическом стационаре, консилиум проводится в отделения, где находится на лечении беременная. Организует проведение консилиума в соответствии со ст. 70 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лечащий врач.

9. При наличии тяжёлых врождённых пороков развития плода и невозможности оказания необходимой помощи на территории Республики Бурятия, беременная женщина направляется для получения высокотехнологической помощи в соответствии приказу № 244-од от 05.03.2013г Министерства здравоохранения Республики Бурятия «О порядке направления граждан зарегистрированных на территории Республики Бурятия в медицинские организации для оказания ВМП за счёт ассигнований федерального и республиканского бюджетов»

9. При отказе женщины прервать беременность в медицинской документации оформляется отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 20 ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сообщается о ситуации специалисту Министерства

здравоохранения Республики Бурятия курирующему службу родовспоможения и детства. Пренатальным консилиумом решается дальнейшая тактика ведения беременности, а в случае необходимости о госпитализации в профильное отделение ГБУЗ РКБ им. Н.А. Семашко, ГБУЗ ГБ БСМП.

10. Информирование семьи беременной о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья матери и ребенка, проводится в соответствии со ст. 13 ФЗ № 323 от 21 ноября «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».