

Приказ Минздрава России от
20.10.2020 N1130н "Об
утверждении Порядка оказания
медицинской помощи по
профилю "акушерство и
гинекология" 1 часть

Выполнила: ординатор Кузнецова В.В.

Настоящий приказ вступил в силу с 1 января 2021 г. и действует до 1 января 2027 года

Утверждены:

1. Порядок оказания мед. помощи по профилю "акушерство и гинекология" приложение N 1;
2. Форма индивидуальной мед. карты беременной и родильницы (форма N 111/у-20) приложение N 2;
3. Форма обменной карты (форма N 113/у-20) приложение N 3;
4. Форма мед. карты беременной, роженицы и родильницы, в стационарных условиях (форма N 096/1у-20), приложение N 4;
5. Форма карты пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента в амбулаторных условиях) приложение N 5;
6. Форма карты пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного) приложение N 6;
7. Форма карты пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного) приложение N 7;
8. Форма карты пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (вкладыш в карту пациента, в амбулаторных или в стационарных условиях) приложение N 8;
9. Форма карты пациента при искусственном прерывании беременности хирургическим методом (вкладыш в карту стационарного больного) приложение N 9;
10. Форма карты донесения о случае материнской смерти (форма N 003/у-МС-20) приложение N 10

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

**При физиологическом течении беременности
осмотры беременных женщин проводятся:**

- *врачом - акушером-гинекологом* - не менее 5 раз;
- *врачом-терапевтом* - не менее 2 раз (первый осмотр не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- *врачом-стоматологом* - не менее 1 раза;
- *врачом-офтальмологом* - не менее 1 раза (не позднее 14 дней после первичного обращения);
- *другими врачами-специалистами* - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Протокол «Нормальная беременность» 2020 года

Количество визитов к врачу акушеру-гинекологу: 4-7 раз.

Консультация терапевта и стоматолога – при 1 визите и в III триместре

Консультация офтальмолога – при 1 визите

Нет консультации ЛОР и ЭКГ

Осмотр молочных желез – при 1-м визите (по показаниям, УЗИ)

Осмотр РV при 1-м визите. Повторные осмотры только при жалобах, для выявления ИЦН, ПР, оценки соотношения головки плода и таза)

Женщины из группы риска по развитию ПЭ : ежедневно дома вести мониторинг АД, с 12-ти недель – прием аспирина 150 мг (с 12 до 36 недель)

Возможность пролонгирования беременности

При постановке на учет до 11 - 12 недель беременности.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом - акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

В 36-37 недель – формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная информируется о медицинской организации, в которой рекомендуется родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте.

УЗИ плода

В сроках 11 - 14 и 19 - 21 недель с оценкой антенатального риска развития плода с ЗРП, ПР, ПЭ, хромосомных аномалий и пороков развития плода.

В 11-14 недель УЗИ проводится в кабинете антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй или третьей группы.

УЗИ проводится врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре.

Скрининг 11-14 недель

Определение риска ЗРП, ПР и ПЭ: измерение роста, веса, АД, доплер в маточных артериях (PI) трансвагинальная цервикометрия

Исключение пороков развития и признаков ХА.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ (приложению N 7) и выдаются на руки пациентке.

Биохимический анализ крови на РАРР-А и свободной ХГЧ.

Заключение по результатам расчета направляется в медицинскую организацию, размещается в медицинской карте или выдается на руки пациентке.

Наличие высокого риска осложнений и развития ХА: 1/100 и выше

При установлении высокого риска ЗРП, ПР и ПЭ:

- консультация в акушерском дистанционно консультативном центре для дальнейшего мониторинга и профилактики осложнений.

При высоком риске ХА:

- консультация в медицинской организации 3 группы или медико-генетическом центре.
- повторное УЗИ
- повторный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА.

Подтверждение высокого риска ХА и пороков развития: 1/100 и выше

Рекомендовано проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона).

Исследование проводится в медицинской организации акушерского профиля третьей группы или медико-генетическом центре, имеющей лицензии в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Полученный материал доставляется в генетическую лабораторию для проведения генетической диагностики и заключения врача-генетика.

При подтверждении диагноза ХА у плода

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в кабинет антенатальной охраны плода в электронном виде, размещаются в медицинской карте пациента или выдаются на руки.

Дальнейшая тактика определяется консилиумом врачей.

Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента или выдается на руки пациентке.

УЗИ в 19-21 неделю беременности

- Оценка фетометрии плода
- Программный перерасчет риска для исключения ультразвуковых маркеров ХА и пороков развития
- Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ (приложению N 9).
- В случае выявления (подтверждения) высокого риска ХА и/или пороков, ассоциированных с ХА, рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).
- По результатам обследования беременной предоставляется информация о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, возможных вариантах медицинского вмешательства, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

Медицинские показания для прерывания беременности

- Наличие пороков развития плода, несовместимых с жизнью
- Наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья
- При ХА
- При пороках, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения
- При отсутствии методов эффективного лечения, включая внутриутробную хирургическую коррекцию.
- В случае перинатальной смерти в связи с пороками развития верификация диагноза проводится на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, данных МРТ/КТ.

Прерывание беременности

- При медицинских показаниях для прерывания беременности до 22 недель, женщины направляются в гинекологические отделения медицинских учреждений
- Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям после 22 недель проводится в условиях акушерского стационара, имеющего возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине с учетом основного заболевания и новорожденному, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела.
- При проведении фетотида допустимо прерывание беременности сроком более 22 недель в гинекологическом отделении.

Отказ от прерывания беременности при пороках развития плода и ХА:

- Отказ оформляется документально
- Осуществляется рутинное ведение беременности.
- Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом экстрагенитальных заболеваний у женщины, особенностей течения беременности и наличия в акушерском стационаре отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится

- Не ранее 48 ч с момента обращения в сроке 4-7 недель и в сроке 11 - 12 недель, но не позднее окончания 12 недели ;
- Не ранее 7 дней с момента обращения при сроке 8-9 неделя.
- Для прерывания беременности до 12 недель могут использоваться хирургический и медикаментозный методы.

Медикаментозное прерывание: амбулаторно или в условиях дневного стационара, наблюдение не менее 1,5 - 2 ч после приема лекарств.

Хирургическое прерывание: в условиях дневного или круглосуточного стационара. Продолжительность наблюдения 3 - 4 часа.

- Прерывание беременности у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний производится в стационарных условиях.
- После искусственного прерывания проводится послеабортное консультирование с разъяснением рисков осложнений и контрольный осмотр акушера-гинеколога через 9 - 15 дней

Прерывание по социальным показаниям

- Основанием для искусственного прерывания беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания.
- Для подтверждения наличия медицинских показаний формируется врачебная комиссия с привлечением врачей специалистов медицинских организаций акушерского профиля третьей группы в составе акушера-гинеколога, врача - специалиста по профилю основного заболевания беременной, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации.

Госпитализация беременных

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения:

- Направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности
- Совместное наблюдение врачом - специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом.
- При отсутствии в организации врача акушера-гинеколога медицинская помощь может оказываться акушером-гинекологом иных организаций.

При наличии акушерских осложнений, требующих стационарного лечения:

- Направляется в акушерский стационар.
- При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Беременные, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на родовую госпитализацию в отделения акушерского ухода.

Оказание медицинской помощи беременным с пороками развития у плода

Консилиум врачей в составе: акушера-гинеколога педиатра
неонатолога специалиста по профилю выявленного ПРП.

1. Возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности: предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".
2. Возможна хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде: предполагает направление беременных для родов в акушерские стационары, имеющие ОРИИТ для новорожденных и возможность оказания медицинской помощи по профилю "детская хирургия".

Заключение консилиума выдается на руки беременной, направляется лечащему врачу в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента.

ВПС, требующие кардиохирургического вмешательства в первые дни жизни:

- С обструкцией системного кровотока (коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты);
- С обструкцией легочного кровотока (атрезия/стеноз легочной артерии с протокзависимой гемодинамикой, критическая форма аномалии Эбштейна, тотальный аномальный дренаж легочных с рестрикцией на коллекторе);
- Простая транспозиция магистральных артерий ;
- Открытый артериальный проток у недоношенных (в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения).

Тактика госпитализации при ВПС плода, требующего экстренной коррекции после родов

Вопрос о месте и сроках родоразрешения беременной с ВПС у плода, требующими хирургической помощи, решается консилиумом врачей.

При необходимости экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная направляется для родов:

- В медицинскую организацию, имеющую лицензии по "акушерству и гинекологии, "сердечно-сосудистой хирургии" и (или) "детской хирургии" и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи с привлечением сердечно-сосудистых хирургов из иных медицинских организаций.
- В акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую помощь по профилю "сердечно-сосудистая хирургия".

Эвакуация новорожденного может осуществляться выездной педиатрической бригадой СМП анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

ВПС, требующие планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней жизни:

- Простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;
- Тотальный аномальный дренаж легочных вен; общий артериальный ствол;
- Аортолегочное окно;
- Гемитрункус ;
- Аномалия Тауссиг -Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;
- ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания легочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства до 28 дней жизни;
- Тетрада Фалло с агенезией клапана легочной артерии.

Госпитализация при ВПС плода, НЕ требующего экстренной коррекции после родов

Консилиум врачей: акушер-гинеколог, детский хирург, неонатолог, врач ультразвуковой диагностики и специалист по профилю выявленного ПРП.

Наличие изолированного ПРП (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за сочетание с генетическими синдромами или ХА:

- Медицинская организация с лицензией по "акушерству и гинекологии и "детской хирургии", с возможностью оказания неотложной хир. помощи, с привлечением врачей-специалистов по профилю ПРП
- Акушерский стационар, имеющий в составе ОРИИТ для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации в специализированный детский стационар, по профилю "детская хирургия".

Эвакуация новорожденного может осуществляться выездной педиатрической бригадой СМП анестезиологии-реанимации.

При наличии ПРП, сочетающегося с ХА, или наличии множественных ПРП, проводится:

Дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного:

- генетическое обследование
- ЭХО-кардиографию
- МРТ и/или КТ плода.

По результатам дообследования рекомендуется организация консультирования консилиумом врачей федеральной медицинской организации для решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

При невозможности оказания новорожденному с ВПС необходимой медицинской помощи в субъекте РФ беременные направляются на роды в акушерские стационары федеральных медицинских организаций.

В случае преждевременных родов

Госпитализация в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

При невозможности, беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом, вызывается выездная педиатрическая бригада СМП анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

При декомпенсированной экстрагенитальной патологии и акушерских осложнениях (преэклампсия тяжелой степени, предлежание плаценты с кровотечением, ПОНРП с объемом кровопотери 1000 мл и более, геморрагическом шоке) – вызывается выездная СМП анестезиологии-реанимации.

Акушерский дневной стационар

- Предназначен для пациенток до 22 недель.
- Для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации (до 36 недель).
- Для наблюдения в послеродовом периоде.

Длительность пребывания 4-6 ч

Консультирование в КДО

1. Экстрагенитальными заболеваниями;
2. Отягощенным акушерским анамнезом: невынашивание беременности, бесплодие; случаи перинатальной смерти и рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами; рождение детей с высокой и низкой массой тела; наличием рубца на матке, с признаками его несостоятельности и (или) осложненным течением послеоперационного периода; преэклампсией, эклампсией, акушерским кровотечением в анамнезе; операциями на матке и придатках септическими осложнениями после родов и абортс тяжелыми травмами родовых путей (разрывы третьей степени); разрыв матки в анамнезе; рождение детей с пороками развития; пузырный занос; прием тератогенных препаратов;
3. С акушерскими осложнениями: ранний токсикоз с метаболическими нарушениями; угроза прерывания беременности (при ОАА по невынашиванию, при отсутствии эффекта от лечения на этапе ЖК); гипертензивные расстройства; анатомически узкий таз; изоиммунизация анемия; неправильное положение плода; патология пуповины, плаценты, плацентарные нарушения; многоводие, маловодие многоплодие; наличие опухолевидных образований матки и придатков; при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения и оперативных вмешательств на выявленной.
4. С патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

Уровни медицинских учреждений

1. Первый уровень - акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога, или имеющие в составе ургентный родильный зал;
2. Второй уровень - акушерские стационары, в том числе профилированные по патологии, имеющие в структуре палаты ИТ (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и новорожденных, межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин (с выездными бригадами СМП анестезиологии-реанимации) и новорожденных, пост патологии новорожденных и недоношенных;
3. Третий А уровень - акушерские стационары, имеющие в составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с телемедициной, с выездными бригадами СМП анестезиологии-реанимации;
4. Третий Б уровень - акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, высокотехнологичную, помощь в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным, разрабатывающие и тиражирующие новые методы диагностики и лечения и осуществляющие организационно-методическое обеспечение и мониторинг деятельности акушерских стационаров субъектов РФ.

Показания для госпитализации в стационар 1 уровня

- Отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
- Отсутствие экстрагенитальных заболеваний увеличение ЩЖ без нарушения функции;
- Миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- Хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- ИМП вне обострения;
- Отсутствие специфических осложнений гестации при данной беременности головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
- Отсутствие в анамнезе анте-, интра - и ранней неонатальной смерти, ПР, ПЭ, эклампсии;
- Отслойки нормально расположенной плаценты, гипотонического кровотечения, глубоких разрывов родовых путей, родовой травма у новорожденного.

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

- активная фаза родов и роды вне родильного дома;
- экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

Показания для госпитализации в стационар 2 уровня

- Пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- Компенсированные заболевания дыхательной системы (без ДН);
- Заболевания ЖКТ (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- Психические заболевания;
- Переношенная беременность; предполагаемый крупный плод;
- Анатомическое сужение таза I - II степени;
- Тазовое предлежание плода;
- Низкое расположение плаценты в 34 - 36 нед. (за исключением рубца после КС);
- Мертворождение в анамнезе;
- Рубец на матке после КС при отсутствии его несостоятельности для планового КС;
- Рубец на матке после оперативных вмешательств (кроме КС), без признаков несостоятельности, при подтвержденной по УЗИ плацентации не в месте рубца;
- Беременность после лечения бесплодия, после ЭКО;
- ПР или ПРПО в 34 -36 нед., при возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы
- Антенатальная гибель плода; преэклампсия умеренная;
- Эндокринные заболевания (СД, ГСД на диетотерапии, заболевания ЩЖ с гипо- или гиперфункцией);
- Заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);
- Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза.

Показания для госпитализации в стационар 3 А уровня

- Возраст беременной женщины до 18 лет;
- ПМ, включая ПРПО, при сроке менее 34 недель;
- Предлежание плаценты;
- Задержка роста плода;
- Изоиммунизация при беременности;
- Метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- Водянка плода;
- Многоводие и маловодие;
- Заболевания ССС (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, ПМК с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- Тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
- Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- Состояния и заболевания плода, требующие выполнения фетальных вмешательств;
- Диффузные заболевания соединительной ткани, АФС;
- Заболевания почек, с почечной недостаточностью или АГ, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период

В родильном зале обеспечить максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5 - 2 часов) с продолжительностью не менее 30 минут

В послеродовых отделениях - совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.

Время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - **3 суток**, при неосложненном течении послеоперационного периода после КС – **4 суток**.

При выписке даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет) и профилактике нежеланной беременности.

После выписки родильница направляется в женской консультации по месту жительства.

Выписной эпикриз направляется в женскую консультацию, детскую поликлинику в электронном виде и размещается в медицинской карте пациента или бумажный вариант выдается родильнице на руки.

Благодарю за внимание