

ЧУВАШ РЕСПУБЛИКИ
СЫВЛАХА СЫХЛАС ЁС
МИНИСТЕРСТВИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

01.05.2025 № 705

Шупашкар хули

П Р И К А З

04.05.2025 № 705

г. Чебоксары

Об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ЧУВАШСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ ПО ДЕЛАМ ЮСТИЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

«30» мая 2025 г.

Регистрационный № 10302

В соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 16 и пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Чувашской Республике (приложение № 1);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам в период беременности (приложение № 2);

маршрут оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода (приложение № 3);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период (приложение № 4);

маршрут оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией, в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи (приложение № 5);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период (приложение № 6);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период (приложение № 7);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями (приложение № 8);

маршрут оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями (приложение № 9);

маршрут оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности (приложение № 10);

схему маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период (приложение № 11);

схему госпитализации беременных женщин в медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, с учетом показаний для госпитализации (приложение № 12);

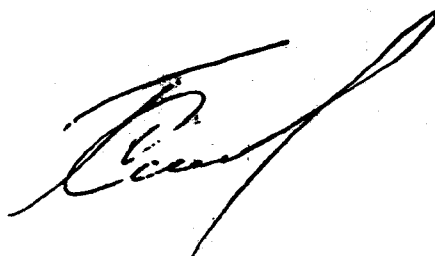
схему госпитализации гинекологических больных в медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, с учетом показаний для госпитализации (приложение № 13).

2. Главным врачам медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, обеспечить оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869) и настоящим приказом.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чувашской Республики, курирующего вопросы оказания медицинской помощи матерям и детям.

4. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования.

Заместитель Председателя
Кабинета Министров
Чувашской Республики – министр



В.Г. Степанов

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 1)

**Перечень
медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю
«акушерство и гинекология» в Чувашской Республике**

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю
«акушерство и гинекология» в Чувашской Республике первого уровня:

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Аликовская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Аликовская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Вурнарская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Вурнарская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Ибресинская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Канашская центральная районная больница им. Ф.Г. Григорьева» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Канашская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Козловская центральная районная больница им. И.Е. Виноградова» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Комсомольская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Комсомольская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

филиал «Красноармейская центральная районная больница» бюджетного учреждения Чувашской Республики «Больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (филиал «Красноармейская центральная районная больница» БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Красночетайская районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Красночетайская районная больница» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Мариинско-Посадская центральная районная больница им. Н.А. Геркена» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Мариинско-Посадская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Моргаушская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Моргаушская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

филиал «Порецкая центральная районная больница» бюджетного учреждения Чувашской Республики «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (филиал «Порецкая центральная районная больница» БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Урмарская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Урмарская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Цивильская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Цивильская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Чебоксарская районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Чебоксарская районная больница» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Шемуршинская районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Шемуршинская районная больница» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Ядринская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Яльчикская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Яльчикская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

филиал «Янтиковская центральная районная больница» бюджетного учреждения Чувашской Республики «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (филиал «Янтиковская центральная районная больница» БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии).

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Чувашской Республике второго уровня:

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Городской клинический центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Городской клинический центр» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Центральная городская больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Новочебоксарский медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Центральная районная больница Алатырского района» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Батыревская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии).

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Чувашской Республике третьего уровня:

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Президентский перинатальный центр» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Городская клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии);

бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканская детская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии).

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 2)

Маршрут оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности.

2. Медицинская помощь женщинам в период беременности в Чувашской Республике оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и (или) акушерскому делу.

3. В малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе передвижных, фельдшерских здравпунктах, фельдшерских пунктах акушеркой или фельдшером, первичная врачебная медико-санитарная помощь – в офисах врачей общей практики (семейных врачей), врачебных амбулаториях, центральных районных/районных больницах (при отсутствии врача-акушера-гинеколога) врачами общей практики (семейными врачами).

4. Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера или акушерку в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

5. Беременным, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, медицинская помощь врачами-специалистами, в том числе врачами-акушерами-гинекологами, оказывается в составе мобильных медицинских бригад, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

6. При оказании медицинской помощи во время беременности врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в случае возникновения осложнений течения беременности обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий.

7. Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности с целью профилактики, диагностики и лечения ее осложнений оказывается врачами-акушерами-гинекологами в акушерско-гинекологических кабинетах или в женских консультациях, входящих как структурное подразделение в состав поликлиник или являющимися самостоятельной структурной единицей, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

8. Медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, офиса врача общей практики (семейного врача), врачебной амбулатории обеспечивает:

- подворовые (поквартирные) обходы с целью раннего выявления беременных;
- выявление и направление беременных женщин в центральные районные /районные больницы на постановку их на учет до 12 недель беременности;
- своевременный контроль за обследованием беременных (клинико-лабораторное, ультразвуковое обследование), консультациями специалистов (врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога и других), выполнением назначений согласно рекомендациям врача-акушера-гинеколога;

- раннюю диагностику акушерских осложнений и направление в женскую консультацию, стационар по согласованию с врачом-акушером-гинекологом;

- своевременную госпитализацию женщин с патологией беременности, а также медицинскую эвакуацию рожениц и родильниц в родильное отделение;

- посещение семьи перед выпиской роженицы с новорожденным из учреждения родовспоможения и в течение первой недели после выписки из родильного дома.

- наблюдение за родильницами в течение 6 недель послеродового периода; за проведением послеродовой реабилитации в течение года;

- регулярный патронаж социально-неблагополучных семей с целью раннего выявления беременных и проведение санитарно-просветительной работы о профилактике непланируемой беременности;

- санитарно-просветительную работу, внедрение речевых модулей (о последствиях аборта, современных методах контрацепции, профилактике заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ и др.).

- передачу информации о наблюдении за беременными женщинами врачу-акушеру-гинекологу центральной районной/районной больницы каждые 7 дней, с заполнением листа динамического наблюдения по форме, представленной ниже.

форма

Лист динамического наблюдения за беременной
фельдшером, врачом общей практики (семейным врачом)*

ФИО (последнее – при наличии) пациентки	дата	дата	дата	дата
Срок беременности				
Жалобы				
Артериальное давление				
Пульс				
Температура				
Вес (общая прибавка веса за неделю)				
Отеки				
Высота дна матки (ВДМ)				
Окружность живота (ОЖ)				
Сердцебиение плода				
Шевеление плода				
Выделения из половых путей				
Подпись медицинского работника				

* Вклеивается в обменную карту беременной, роженицы и родильницы

9. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со схемой госпитализации беременных женщин в медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, с учетом показаний для госпитализации (приложение № 12 к настоящему приказу) с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

10. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

- врачом-акушером-гинекологом – не менее пяти раз;
- врачом-терапевтом - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 дней от первичного обращения в женскую консультацию);
- врачом-стоматологом - не менее двух раз;
- врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);
- медицинским психологом (психологом) – не менее двух раз;
- врачом-генетиком при выявлении у пациентки и/или ее мужа факторов риска рождения ребенка с хромосомной и/или генной аномалией (семейный анамнез)
- другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии, не позднее 14 дней после выявления сопутствующей патологии.

11. При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов и с учетом данных анамнеза о наличии наследственной патологии врачом-акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 20 недель беременности.

12. При выявлении у беременной женщины заболеваний и состояний, включенных в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 25 декабря 2007 г., регистрационный № 10807), в течение 7 календарных дней проводится консилиум врачей перинатального центра с привлечением специалистов для подтверждения диагноза и медицинских показаний к прерыванию беременности. При сроке до 22 недель беременности, при наличии информированного добровольного согласия на прерывание беременности, женщины направляются для прерывания беременности в гинекологические отделения медицинских организаций третьего уровня, имеющих возможность оказания специализированной медицинской помощи женщине, в том числе для проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

13. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия тяжелого экстрагенитального заболевания, беременность ведется врачами-акушерами-гинекологами медицинских организаций третьего уровня: БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии и врачами-специалистами по профилю заболевания, с обязательным проведением консультаций (в том числе с применением телемедицинских технологий) с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами Российской Федерации (далее – НМИЦ). Ведение беременности осуществляется под контролем специалистов акушерского дистанционного консультативного центра с проведением систематических консультаций с профильным НМИЦ. Выбор медицинской организации для родоразрешения определяется с учетом возможностей оказания специализированной медицинской помощи в акушерском стационаре БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии или в условиях профильного НМИЦ.

14. При сроках беременности 11-14, 18-21 и 34-36 недель пациенткам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, риск генетических заболеваний (хромосомных аномалий (далее - ХА), моногенной патологии) и пороки развития плода (далее - ПРП) .

При сроках беременности 11-14 недель пациенткам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления ПРП, оценки риска ХА, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода.

При сроках беременности 18-21 неделя пациенткам проводится ультразвуковая оценка антенатального развития плода с целью выявления ПРП и задержки роста плода, ультразвуковая трансвагинальная цервикометрия. Проводится оценка индивидуального риска наличия трисомии 21 у плода.

При сроках беременности 34-36 недель пациенткам проводится ультразвуковая оценка антенатального развития плода в женской консультации с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.

При монохориальной многоплодной беременности со срока 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плодов проводится каждые 2 недели. При дихориальной двойне и трихориальной тройне со срока 16 недель ультразвуковая оценка антенатального развития плода проводится каждые 4 недели.

15. На первом этапе при сроке беременности 11-14 недель (при КТР плода 45-84 мм) беременная женщина направляется в кабинет антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второго или третьего уровня для проведения ультразвукового исследования (далее - УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода) и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ).

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии при сроке беременности 11-14 недель беременной женщине в условиях кабинета антенатальной охраны плода выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11-14 недель беременности согласно приложению № 7 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869) и выдаются на руки пациентке.

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и св. β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным по форме согласно приложению № 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869), доставляются в медицинскую организацию акушерского профиля третьего уровня или медико-генетический центр (консультацию), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике и клинической лабораторной диагностике, где проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (РАРР-А, св. β -ед. ХГЧ). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заклучение по результатам расчета индивидуального риска направляется в медицинскую организацию, где проводился первый этап антенатальной оценки состояния плода, в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдается на руки пациентке.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения

беременности осуществляется лечащим врачом-акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре (далее – АДКЦ) БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в течение 10 дней для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

В случае выявления у беременной женщины по результатам скрининга при сроках беременности 11-14 недель ПРП и/или высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА, а также при подозрении на иные генетические нарушения она направляется в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии для повторного УЗИ и комплексного расчета индивидуального риска. В случае подтверждения наличия ПРП и/или высокого риска ХА и/или при наличии информации об иных генетических нарушениях пациентка консультируется врачом-генетиком БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии для решения вопроса о проведении подтверждающей инвазивной пренатальной диагностики (далее – ИПД).

При наличии противопоказаний к ИПД у женщин из группы высокого риска ХА плода по результатам скрининга первого триместра беременности, подтвержденных решением консилиума врачей, рекомендовано проведение неинвазивного пренатального ДНК-скрининга анеуплоидий плода по крови матери методом высокопроизводительного секвенирования (далее – НИПС) в медицинских организациях третьего уровня после обязательной консультации врача-генетика.

Женщинам из группы низкого риска ХА плода по результатам скрининга первого триместра для дополнительной оценки риска ХА плода может быть дополнительно предложено проведение НИПС.

Всем беременным из группы высокого риска по результатам НИПС показано обязательное последующее проведение ИПД.

ИПД показана при высоком риске ХА по данным скрининга первого триместра, вне зависимости от результатов НИПС.

ИПД выполняется путем аспирации/биопсии ворсин хориона, биопсии плаценты, амниоцентеза или кордоцентеза. Выбор вида биоматериала и соответствующей манипуляции осуществляется совместно врачом-акушером-гинекологом и врачом-генетиком в зависимости от срока беременности, акушерских условий, характера предполагаемой генетической патологии плода.

Инвазивные диагностические манипуляции проводятся в медико-генетической консультации БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в амбулаторных условиях, в условиях дневного или круглосуточного стационара.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются лечащему врачу и/или в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещаются в медицинской карте пациента (электронной карте) или выдаются на руки пациентке с рекомендацией повторной консультации врача-генетика.

В случае подтверждения генетической патологии и/или ПРП рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременности предоставляются перинатальным консилиумом врачей БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии. Заключение оформляется письменно и направляется лечащему врачу и/или в кабинет антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу

связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»), размещается в медицинской карте пациента (электронной карте) и выдается на руки пациентке.

16. На втором этапе при сроке беременности 18-21 неделя беременные с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, направляются в кабинет антенатальной охраны плода БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, с целью проведения УЗИ и определения дальнейшей тактики ведения беременности. Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в сроке беременности 18-21 неделя.

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, а также при подозрении на иные генетические нарушения, пациентке рекомендуется консультация врача-генетика, инвазивная диагностика с проведением соответствующих генетических исследований во II триместре беременности.

При наличии генетической патологии и/или ПРП консилиум врачей представляет пациентке информацию о результатах обследования, наличии ХА и/или ПРП и прогнозе для здоровья и жизни будущего ребенка, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

В случае выявления у беременной женщины на любых сроках беременности подозрения на генетическую патологию помимо частых ХА она направляется в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии для консультации врачом-генетиком.

При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при генетической патологии, 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 независимо от срока беременности.

В случае достижения плодом с неблагоприятным прогнозом возраста жизнеспособности (более 22 недель), прерывание беременности проводится по решению перинатального консилиума и при согласии пациентки с применением процедуры фетотомии в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патолого-анатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии. Во всех случаях прерывания беременности, показано сохранение биологического материала плода для проведения молекулярно-генетических исследований.

Верификация антенатального диагноза ПРП и/или генетической патологии осуществляется после рождения ребенка профильными специалистами.

Заключение о результатах верификации пренатального диагноза после

прерывания беременности или рождения ребенка с ПРП и/или генетической патологией направляется лечащему врачу, в кабинет (отделение) антенатальной охраны плода в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»), размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) и выдается на руки пациентке.

При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ПРП, иных сочетанных пороков и/или генетической патологии плода, несовместимых с жизнью, беременность пролонгируется. Пациентка направляется на родоразрешение в акушерский стационар БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом. При отсутствии в медицинской организации врача-акушера-гинеколога, медицинская помощь оказывается в отделениях патологии беременности медицинских организаций третьего уровня.

При наличии акушерских/гинекологических осложнений беременная женщина направляется/переводится в акушерский/гинекологический стационар.

При сочетании осложнений экстрагенитальной патологии и патологии беременности беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния с последующим проведением терапевтического консилиума, онкоконсилиума.

В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более госпитализация пациентки осуществляется в акушерские стационары БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городской клинический центр № 1» Минздрава Чувашии. В случае невозможности доставки пациентки с преждевременными родами в акушерский стационар третьего уровня беременная (роженица) доставляется в ближайшее акушерское отделение, или в медицинскую организацию, в которой развернут ургентный родильный зал, при этом вызывается выездная реанимационная бригада отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

17. При сроке беременности 36-37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина информируется врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой рекомендуется (планируется) родоразрешение, с указанием срока дородовой госпитализации (при необходимости) с отметкой в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

18. В консультативно-диагностическом отделении БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии должны быть проконсультированы все беременные женщины :

с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно с врачами-специалистами по профилю заболевания;

с отягощенным акушерским анамнезом (невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и родовыми травмами, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке

с признаками его несостоятельности и/или осложненным течением послеоперационного периода, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, септические осложнения после родов и аборт, тяжелые травмы родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности третьей степени), разрывы матки во время беременности или в родах в анамнезе, рождение детей с ПРП, пузырный занос, прием тератогенных препаратов); с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности (при отягощенном анамнезе по невынашиванию, при отсутствии эффекта от проводимого лечения на этапе женской консультации), гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, изоиммунизация, анемия, неправильное положение плода, патология пуповины, плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения и оперативных вмешательств на матке;

с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

Маршрут оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам с пороками развития у плода.

2. При диагностированных аномалиях развития плода при консультировании беременной, семейных пар или иных членов семьи (на основании информированного согласия беременной) необходимо использовать рекомендации по сообщению диагноза при подозрении или обнаружении у плода/ребенка инвалидизирующей патологии или риска ее развития.

3. При диагностированных пороках развития плода (далее-ПРП) и/или генетических нарушениях, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденному, проводится перинатальный консилиум в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в составе врача-акушера-гинеколога, врача-генетика, врача ультразвуковой диагностики, медицинского психолога, врача-педиатра, врача-неонатолога и врача-специалиста по профилю выявленной патологии.

4. Если по заключению консилиума врачей возможна внутриутробная хирургическая коррекция ПРП во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

5. Если по заключению консилиума врачей возможна хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде, направление беременной женщины для родоразрешения осуществляется в акушерский стационар медицинской организации третьего уровня Минздрава Чувашии: БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с последующим переводом (по показаниям) в БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии или в медицинскую организацию III Б группы (уровня) для оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».

6. Заключение консилиума врачей выдается на руки беременной женщине для предъявления по месту наблюдения по беременности, направляется лечащему врачу в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет») и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы).

7. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической

помощи, перинатальный консилиум врачей руководствуется следующим положением.

При наличии у плода врожденного порока требующего экстренного хирургического вмешательства после рождения ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), детской хирургии и (или) сердечно-сосудистой хирургии (в зависимости от профиля врожденного порока) и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-сердечно-сосудистых хирургов (при наличии врожденного порока сердца) из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной бригадой реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

8. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с ПРП (за исключением врожденного порока сердца), требующим хирургической помощи, консилиум врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-детского хирурга, врача-неонатолога, врача-генетика, врача ультразвуковой диагностики и врача-специалиста по профилю выявленного ПРП руководствуется следующими положениями:

8.1. При наличии изолированного ПРП (поражение одного органа или системы) и отсутствии данных за возможное сочетание порока с генетическими нарушениями, беременная женщина направляется для родоразрешения в медицинскую организацию третьего уровня, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и детской хирургии, и имеющую возможности оказания неотложной хирургической помощи, в том числе с привлечением врачей-специалистов по профилю выявленного ПРП из иных медицинских организаций, или в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной эвакуации новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния. Эвакуация новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи может осуществляться выездной педиатрической бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному.

8.2. При наличии ПРП, сочетающегося с генетическими нарушениями, или наличии множественных ПРП, проводится дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья новорожденного, включая генетическое обследование, ЭХО-кардиографию и магнитно-резонансную и/или компьютерную томографию плода. По результатам проведенного дообследования рекомендуется организация консультирования консилиумом врачей акушерского стационара медицинской организации III Б группы (уровня) (в том числе дистанционно) для

решения вопроса о месте родоразрешения беременной женщины.

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 4)

Маршрут оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовый период.

2. Медицинская помощь женщинам в период родов оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и акушерскому делу.

3. Медицинская помощь женщинам в послеродовом периоде оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и (или) акушерскому делу.

4. В малонаселенных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), женщинам в послеродовом периоде после выписки из стационара первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе передвижных, фельдшерских здравпунктах, акушеркой, фельдшером, первичная врачебная медико-санитарная помощь – в офисах врачей общей практики (семейных врачей), врачебных амбулаториях, центральных районных больницах/районных больницах (при отсутствии врача-акушера-гинеколога), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

5. Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на акушерку, фельдшера, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и

скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный № 23971).

6. При оказании медицинской помощи в послеродовом периоде врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в случае возникновения осложнений послеродового периода обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий.

7. Женщинам в послеродовом периоде после выписки из стационара, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, медицинская помощь врачами-специалистами, в том числе врачами-акушерами-гинекологами, оказывается в составе мобильных медицинских бригад в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

8. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в послеродовом периоде после выписки из стационара с целью профилактики, диагностики и лечения его осложнений оказывается врачами - акушерами-гинекологами в акушерско-гинекологических кабинетах или женских консультациях, входящих как структурное подразделение в состав поликлиник или являющихся самостоятельной структурной единицей, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

9. Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары медицинских организаций второго уровня и третьего уровня определены в приложении № 12 к настоящему приказу.

Показания для госпитализации в акушерский urgentный родильный зал:
активная фаза родов или роды вне родильного дома (отделения);
экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

10. В акушерские стационары федеральных медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную помощь в период родов, послеродовый период направляются женщины в состоянии, требующей оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий состояния.

11. В акушерских стационарах предусмотрены семейно ориентированные (партнерские) роды (с учетом эпидемиологической обстановки в Чувашской Республике).

В процессе родов ведется партограмма. В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

В родильном зале, при отсутствии противопоказаний, проводится максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5 - 2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут.

12. В послеродовых отделениях предусмотрено совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку (с учетом эпидемиологической обстановки).

Рекомендуемое время пребывания родильницы в медицинской организации после физиологических родов - 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода после кесарева сечения - 4 суток.

13. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), профилактике нежеланной беременности, о реабилитации после осложненных родов (при необходимости) и о прегравидарной подготовке к следующей беременности.

14. После выписки из медицинской организации родильница посещает женскую консультацию/кабинет врача-акушера-гинеколога (через 1 месяц) по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. Выписной эпикриз, оформленный по форме согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869), направляется в женскую консультацию (талон № 2), детскую поликлинику (талон № 3) в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет» и размещается в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) или бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным.

15. При ранней выписке женщины после родов (3 суток при родах через естественные родовые пути или 4 суток после операции кесарева сечения) из родовспомогательного учреждения информация передается в женскую консультацию/кабинет врача-акушера-гинеколога медицинской организации по месту пребывания, указанного женщиной при выписке. В течение 7 рабочих дней медицинским персоналом (врачом-акушером-гинекологом / акушерской / фельдшером / медицинской сестрой) данной медицинской организации осуществляется патронаж родильницы на дому (фельдшером, участковым врачом-терапевтом по показаниям).

Выписные эпикризы передаются в терапевтическую службу по месту жительства родильницы для дальнейшего наблюдения до 1 года после родов.

Маршрут оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией, в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с экстрагенитальной патологией в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, острой хирургической патологией, требующими хирургической помощи.

2. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10 - 12 недель беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии.

3. Консилиум врачей в очной форме БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делаает 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.

4. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии беременных женщин в сроке до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания беременности, относятся следующие:

4.1. 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 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.

4.2. Врожденные пороки сердца (ВПС):

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, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

болезнь Эбштейна;

сложные ВПС;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза.

4.3. 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;

4.4. Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма).

4.5. Состояния после операций на сердце.

5. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке 20-21 неделя 6 дней беременности проводится в условиях акушерского отделения БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии.

6. При отказе женщины от прерывания беременности организуется дистанционная или очная консультация с профильной федеральной медицинской организацией для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения, сроков и месте стационарного лечения и родоразрешения. Ведение беременности и маршрутизация женщины осуществляется под контролем специалистов БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

7. 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 направлении в стационар медицинских организаций III Б группы (уровня), решает консилиум врачей БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога, в том числе с

использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций.

8. При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) в БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или в медицинских организациях III Б группы (уровня), для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии. Дородовая диагностика с целью исключения порока развития плода, проведение ультразвукового исследования и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса проводится в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

9. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в стационар БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или в медицинские организации III Б группы (уровня) для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии. Дородовая диагностика с целью исключения порока развития плода, проведение ультразвукового исследования и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса проводится в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

10. Консилиум врачей БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии или БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга) и врача-акушера-гинеколога, в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций 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, а при наличии показаний - о досрочном родоразрешении.

11. При сроке беременности 35-37 недель консилиумом врачей БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в составе врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в том числе с использованием дистанционного консультирования врачей-специалистов федеральных медицинских организаций, 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.

12. 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 аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в медицинские организации III Б группы (уровня), для проведения соответствующего лечения.

13. Оказание медицинской помощи беременным женщинам с высоким риском критических состояний, нуждающимся в экстренной кардиохирургической помощи,

осуществляется в БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии с привлечением, при необходимости родоразрешения, выездных бригад специалистов БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

14. Тактика ведения в послеродовом периоде определяется консилиумом врачей БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии и БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии: новорожденный госпитализируется в отделение патологии новорожденных, родильница, с учетом состояния по основному заболеванию может быть переведена в акушерский стационар (палата совместного пребывания матери и ребенка) или гинекологический стационар.

15. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Чувашской Республике беременная женщина по заключению консилиума врачей заблаговременно направляется в федеральную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

16. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом врачей БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии и БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии в составе врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии с проведением последующей реабилитации. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациента переводится в акушерский и/или гинекологический стационар.

17. При впервые выявленной экстрагенитальной патологии у беременной женщины рекомендуется провести обследование в стационарных условиях, возможно использование стационара одного дня. При отсутствии в медицинских организациях первого и второго уровня необходимых специалистов беременные женщины направляются на консультацию к специалистам БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, эндокринологическое отделение бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканский кардиологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, автономного учреждения Чувашской Республики «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики и другие медицинские организации третьего уровня с последующим проведением терапевтического консилиума.

18. При выявлении у беременной женщины инфекционных и паразитарных болезней, синдрома зависимости от алкоголя либо наркотиков, психических заболеваний она направляется независимо от места проживания на консультацию в республиканские учреждения здравоохранения соответствующего профиля: бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской

Республики, бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканская психиатрическая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики для проведения терапевтического консилиума для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

19. При направлении беременной женщины на терапевтический консилиум или консультацию к врачу-специалисту на третий уровень оказания медицинской помощи, пациентке на руки выдается: направление на госпитализацию, обследование, консультацию (форма № 057/у-04), подписанное лечащим врачом и/или заместителем главного врача, заведующим женской консультацией медицинской организации, врачом-акушером-гинекологом центральной районной/районной больницы; медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и обменная карта беременной, роженицы и родильницы с результатами проведенных обследований, а также заключение терапевтического консилиума, проводившегося на первом или втором уровне.

20. При наличии показаний для госпитализации (особенно, если заболевание выявлено впервые) беременная женщина с экстрагенитальной патологией госпитализируется в профильное отделение медицинской организации третьего уровня вне зависимости от срока беременности.

Результатом проведения терапевтического консилиума на третьем уровне является формирование полного клинического диагноза с учетом оценки риска возможных осложнений беременности и родов, также определяется срок дородовой госпитализации и медицинская организация третьего уровня для родоразрешения. В период госпитализации в любое профильное отделение пациентке должно быть обеспечено регулярное наблюдение врача-акушера-гинеколога. Наблюдение беременной женщины с экстрагенитальной патологией в период беременности проводится врачом общей практики (семейным врачом), участковым врачом-терапевтом совместно с врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

21. При отказе от прерывания беременности или досрочного родоразрешения при выявлении заболевания, которое является абсолютным противопоказанием для пролонгирования беременности, оформляется отказ от медицинского вмешательства. Врач-акушер-гинеколог продолжает динамическое наблюдение за беременной по месту жительства совместно с профильными специалистами.

Медицинская организация для родоразрешения определяется с учетом срока беременности, наличием экстрагенитальной патологии у беременной и/или особенностями течения беременности.

22. Беременные женщины с острой хирургической патологией направляются для проведения соответствующего лечения и возможного родоразрешения в будние дни до 15 часов дня в БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, после 15 часов, а также в выходные и праздничные дни в БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии независимо от места жительства с обязательным информированием главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Чувашской Республики: акушера-гинеколога, хирурга, уролога и других главных внештатных специалистов хирургического профиля.

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 6)

**Маршрут оказания медицинской помощи женщинам
при неотложных состояниях в период беременности, родов
и в послеродовый период**

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы организации оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовый период.

2. Для организации оказания медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий созданы: акушерский дистанционный консультативный центр БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии; выездные анестезиолого-реанимационные акушерские бригады отделения плановой и экстренной консультативной помощи бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии), с участием врачей той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость проведения реанимации и интенсивной терапии; отделения анестезиологии-реаниматологии для беременных, рожениц и родильниц в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии.

3. К основным состояниям и заболеваниям, синдромам и симптомам, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовый период, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в акушерском дистанционном консультативном центре, относятся:

3.1. Сердечно-сосудистые показания:
остановка кровообращения (сердечно-легочная реанимация);
шок любой этиологии;
острое нарушение мозгового кровообращения;
нарушение сознания, психики;
продолжающееся введение вазопрессоров и/или инотропных препаратов;
нарушение ритма сердца;
острый коронарный синдром;
протезированные клапаны сердца;
недостаточность кровообращения II и более степени;
тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), подозрение на ТЭЛА;
эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью;
отек легких;

артериальная гипертензия 3 степени со стойким повышением давления свыше 160/100 мм рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.;
декомпенсированный метаболический ацидоз.

3.2. Респираторные показания:

одышка в покое более 25 в минуту;
острый цианоз;
апноэ, патологический тип дыхания;
декомпенсированный респираторный ацидоз;
 $PaO_2/FiO_2 < 200$ при дыхании атмосферным воздухом, высокопоточной оксигенации или ИВЛ более 60 минут;
 $SpO_2 < 90\%$ по пульсоксиметру более 60 минут;
острый респираторный дистресс-синдром;
тяжелая пневмония;
бронхиальная астма - обострение, ХОБЛ – обострение;
аспирационный синдром;
интубация трахеи и вентиляция более 60 минут, не связанная с анестезией.

3.3. Акушерско-хирургические показания:

тяжелая преэклампсия, эклампсия;
острая жировая дистрофия печени;
синдром цитолиза (повышение АлАТ, АсАТ, ЛДГ) связанный с беременностью;
тяжелая рвота беременных (индекс PUQE > 13 баллов);
гемолиз любой этиологии;
тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, аГУС, ТТП, АФС;
кровопотеря более 1000 мл и/или продолжающееся кровотечение;
гистерэктомия;
лапаротомия, кроме операции кесарева сечения;
релапаротомия (любые показания);
разрыв матки;
осложнения после прерывания беременности в ранние сроки;
акушерский (хирургический) сепсис.

3.4. Обменно-метаболические расстройства:

билирубин более 30 мкмоль/л без жировой дистрофии;
синдром цитолиза (повышение АлАТ, АсАТ, ЛДГ), не связанный с беременностью;
лактат артериальной крови более 2 ммоль/л, не связанный с шоком;
декомпенсированный метаболический ацидоз не связанный с шоком;
гиперкалиемия более 5,5 ммоль/л;
креатинин более 150 мкмоль/л;
олиго/анурия, резистентная к введению жидкости;
признаки гипогликемии, гипергликемии, кетоацидоза;
тяжелая анемия (любая этиология);
тромбоцитопения менее $50 \cdot 10^9$ /л;
трансфузия компонентов крови.

3.5. События, связанные с анестезиологической и реанимационной помощью:

госпитализация в отделение анестезиологии-реанимации (любые показания),
пребывание в отделении анестезиологии-реаниматологии более 24 часов;
согласование тактики анестезиологического пособия при оценке физического

статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса, при неакушерских операциях во время беременности;

осложнения анестезиологического обеспечения (любые);

осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

4. В случае необходимости, к оказанию медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в отделении анестезиологии-реанимации привлекаются врачи той специальности, к которой относится заболевание, определившее необходимость в проведении реанимации и интенсивной терапии.

Основанием для перевода родильниц в послеродовое отделение, беременных женщин – в отделение патологии беременности (другие профильные отделения по показаниям) для дальнейшего наблюдения и лечения является стойкое восстановление гемодинамики и спонтанного дыхания, коррекция метаболических нарушений и стабилизация жизненно важных функций.

5. Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая мероприятия по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период осуществляется в два этапа:

вне медицинской организации - осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, которая состоит из врачей-анестезиологов-реаниматологов, владеющих методами ургентной диагностики, реанимации и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии; врачей-акушеров-гинекологов, владеющих полным объемом хирургических вмешательств в акушерстве-гинекологии, и медицинских сестер-анестезистов, освоивших навыки оказания неотложной помощи в неонатологии и акушерстве-гинекологии, или в случае отсутствия выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации - бригадами скорой медицинской помощи;

в стационарных условиях - осуществляется в акушерских стационарах, отделениях анестезиологии-реанимации медицинских организаций третьего уровня.

6. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы, на уровне фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта, фельдшерского пункта, офиса врача общей практики (семейного врача), медицинский работник в экстренном порядке вызывает бригаду скорой медицинской помощи и информирует руководителя медицинской организации, районного акушера-гинеколога о сложившейся ситуации, которые, в свою очередь, организуют консультативную помощь медицинскому работнику, осуществляют подготовку подразделений медицинской организации к приему или транспортировке беременной женщины, роженицы или родильницы.

7. Дежурный администратор центральной районной/районной больницы организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице с привлечением врачей-акушеров-гинекологов и врачей-анестезиологов-реаниматологов до времени прибытия бригады скорой медицинской помощи и осуществляет подготовку подразделений медицинской организации к приему беременной женщины, роженицы или родильницы.

8. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы в медицинскую организацию второго уровня, после оценки тяжести состояния беременной женщины, роженицы или родильницы и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий ей медицинскую помощь, сообщает о ситуации в территориальный акушерский дистанционный консультативный центр БУ

«Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии или главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики, для согласования объема медицинской помощи и вызова выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

9. При необходимости досрочного родоразрешения беременных женщин, не подлежащих медицинской эвакуации, в акушерском стационаре второго уровня, координация оказания медицинской помощи новорожденному ребенку осуществляется дистанционным консультативным реанимационным неонатологическим центром БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, в том числе с привлечением выездных педиатрических бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденным.

10. Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией, находящимся на лечении в акушерских стационарах второго уровня для оказания медицинской помощи на месте, а также для медицинской эвакуации женщин, нуждающихся в интенсивной терапии в период беременности, родов и в послеродовой период, в акушерские стационары третьего уровня или профильные (реанимационные) отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии и БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии.

11. Выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации эвакуирует женщин с акушерской патологией в отделения анестезиологии-реанимации акушерских стационаров, с экстрагенитальными заболеваниями в отделения анестезиологии-реанимации в составе многопрофильных медицинских организаций по профилю заболевания (по показаниям), в которых обеспечено круглосуточное специализированное лечение этой категории пациентов.

12. В случаях, если доставка в отделение анестезиологии-реанимации на автомашине занимает больше 1 часа, то организовывается санитарно-авиационная эвакуация.

13. Для медицинских организаций, имеющих в своем составе кабинеты врачей-акушеров-гинекологов, женские консультации, акушерские и гинекологические отделения, гинекологические койки в составе хирургических отделений, а также для всех руководителей медицинских организаций любого профиля, где находятся на лечении беременные, роженицы, родильницы гинекологического профиля определен следующий алгоритм действий:

обеспечение контроля за оказанием экстренной и неотложной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам акушерско-гинекологического профиля, госпитализацией беременных высокой группы перинатального риска;

обеспечение своевременного направления (перевода) беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных в медицинские организации третьего уровня согласно алгоритмам оказания медицинской помощи пациенткам по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным настоящим приказом;

информирование по телефону главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главного внештатного анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения

Чувашской Республики, главного внештатного анестезиолога-реаниматолога для беременных Министерства здравоохранения Чувашской Республики, ответственного дежурного врача БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии (8352-58-25-34), специалистов отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Чувашской Республики о критических акушерских состояниях (неотложных ситуациях), о случаях материнской смертности и гинекологической летальности, случаях КАС незамедлительно (в течение 30 минут). Информирование осуществляется в форме доклада (форма приведена ниже);

предоставление копий первичной учетной медицинской документации (индивидуальная карта беременной, история болезни/или история родов) беременной, роженицы, родильницы по случаям, указанным выше, главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики (в течение 6 часов);

обеспечение наличия в медицинских организациях, имеющих круглосуточные койки по профилю «акушерство и гинекология» не менее одного врача-акушера-гинеколога, владеющего техникой оперативных вмешательств в объеме экстирпации матки; при необходимости, организация обучения на рабочем месте в медицинских организациях третьего уровня Министерства здравоохранения Чувашской Республики;

обеспечение наличия в медицинских организациях, имеющих койки по профилю «акушерство и гинекология» круглосуточного пребывания, неснижаемого запаса лекарственных препаратов, кровезаменителей и компонентов крови согласно перечня, приведенного ниже.

ПЕРЕЧЕНЬ

лекарственных препаратов и расходного материала для оказания экстренной и неотложной помощи беременным, роженицам и родильницам в акушерских и гинекологических стационарах

№ п/п	Наименование лекарственного препарата	Форма выпуска
1.	Адреналин гидрохлорид (виал)	р-р для инъекций 0,1% 1мл амп. №5
2.	Дофамин	концентрат для приготовления р-ра для инфузий 4% - 5мл амп. №10
3.	Окситоцин	р-р для инъекций 5 МЕ 1мл №5 или №10 амп.
4.	Пабал (карбетоцин)	р-р для инъекций 100мкг/мл №5 амп.
5.	Мизопростол	табл. 200мкг №4
6.	Мефипристон	табл. 200мкг №3
7.	Гелофузин (желатин)	р-р для инфузий 500мл - 5 фл
8.	Антибиотики 2-3 поколения (цефуроксим, цефтриаксон и др.) Антибиотики для III уровня	

	(Полимиксин В, Тигециклин, Завицефта (цефтазидим/авибактам), Азтреонам (азнам), Пиперациллин/тазобактам,	
9.	Глюкоза (декстроза)	р-р для в/в введения 40% 10мл амп. №10
10.	Аминокапроновая кислота	р-р 5% 100мл в акушерской практике для наружного применения
11.	Транексамовая кислота	р-р для в/в введения 5%-5мл №10
12.	Гордокс (апротинин)	р-р для инфузий или концентрат для приготовления р-ра для в/в введения 10тыс. ЕД 10мл №25
13.	Фейба (антиингибиторный коагулянтный комплекс)	лиофилизат для приготовления р-ра для инфузий флакон 500 ЕД- №1
14.	Протромплекс 600 (факторы свертывания крови II, VII, IX, X в комбинации)	лиофилизат для приготовления р-ра для в/в введения 600 ЕД №1 – 4 флакона
15.	Эптаког альфа (Коагил - VII)	лиофилизат для приготовления р-ра для в/в введения 2,4 мг. 4 флакона
16.	Антитромбин III 1000 МЕ/фл	лиофилизат для приготовления р-ра для в/в введения 500 МЕ - 4 флакона
17.	Гепарин натрия	р-р для в/в и п/к введения 5000 МЕ/мл 5мл № 5
18.	Протамина сульфат	р-р для в/в введения 1%- 5мл № 5
19.	Эноксапарин натрия (Клексан)	р-р для инъекций 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл ,0,2 мл №10 фл.
20.	Аминофиллин (Эуфиллин)	р-р для в/в введения 2,4% 10 мл амп. № 10
21.	Клофелин (клонидин)	р-р для в/в введения 0,1 мг/мл
22.	Магния сульфат	р-р для в/в введения 25% 10мл № 10 (упак.)
23.	Эбрантил (урапидил)	р-р для в/в введения 5 мг/мл 5мл амп. № 5
24.	Метопролол	р-р для в/в введения 1мг/мл 5мл амп. № 10
25.	Гексопреналин (Гинипрал)	р-р для в/в введения 5мкг/мл №5 2 мл
26.	Атозибан	концентрат для приготовления р-ра для инфузий 7,5 мг/мл 5мл и 0,9 мл
27.	Дифенгидрамин (Димедрол)	р-р для в/в и в/м введения 1% 1мл амп. № 3

28.	Преднизолон	р-р для в/м и в/в введения 3% 1мл амп № 10
29.	Гидрокортизон	
30.	Бетаметазон	суспензия для инъекций 7 мг/мл 1мл № 5
31.	Сибазон	р-р для в/м и в/в введения 5мг/мл 2мл № 1
32.	Эфедрин	р-р для инъекций 5% 1мл амп. № 10
33.	Фуросемид	р-р для в/в и в/м введения 1% 2мл амп. № 10
34.	Промедол (тримеперидин)	р-р для инъекций 2% 1мл амп. № 5
35.	Кеторолак	р-р для инъекций 3% 1мл № 10 амп.
36.	Ропивокаин	р-р для инъекций 0.5% 10мл амп. № 5
37.	Лидокаин	р-р для инъекций 2% 2мл амп № 10
38.	Мезатон (фенилэфрин)	р-р для инъекций 1% - 1 мл № 10
39.	Атропина сульфат	р-р для инъекций 0,1% - 1мл № 5
40.	Препараты для общей анестезии:	пропофол, суксаметония хлорид (листенон), севофлуран, рокурония бромид (эсмерон и другие), тиопентал натрия, кетамин
41.	Каспофунгин - (III уровень)	

Неснижаемый запас свежезамороженной плазмы всех групп крови (не менее, чем по 500,0 мл. каждой группы), эритроцитарной массы всех групп (не менее, чем по 500,0 мл. каждой группы), криопреципитата (не менее 10 доз), препаратов для оказания помощи новорожденному от ВИЧ-инфицированной матери.

Расходный материал:

1. Акушерские и операционные комплекты разового применения.
2. Синтетический шовный материал: викрил (дексон, полисорб).
3. Интубационные трубки разового применения для взрослых и новорожденных.
4. Ларингеальные маски, желудочный зонд, катетеры для отсасывания слизи и выведения мочи (в т.ч. катетер Фолея) разового применения.
5. Канюли для катетеризации периферических и центральных вен.
6. Шприцы.
7. Наборы для спинальной и эпидуральной анестезии.
8. Набор для коникотомии.

9. Прокальцитонин экспресс-тест 25 шт.
10. Набор расходных материалов для системы Multifiltrate KIT 8 (III уровень).
11. Устройство для ЛПС экстракорпорального очищения (III уровень).
12. Катетер для обеспечения венозного доступа процедуры гемофильтрации (III уровень).

14. Вызов врачей-консультантов акушерского дистанционного консультативного центра (отделения плановой и экстренной консультативной помощи) БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии осуществляется по решению консилиума, возглавляемого заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе вызывающей медицинской организации, при отсутствии времени для созыва расширенного консилиума - районным врачом-акушером-гинекологом или заведующим акушерско-гинекологическим отделением.

При вызове консультантов предоставляется информация об объективном состоянии беременной, роженицы, родильницы и данные лабораторно-инструментальных обследований (форма приведена ниже), нуждаемости в компонентах крови, дополнительных консультантах.

До приезда специалистов с врачами-консультантами, главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главным внештатным анестезиологом-реаниматологом Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главным внештатным анестезиологом-реаниматологом для беременных Министерства здравоохранения Чувашской Республики согласовывается тактика ведения беременной, роженицы, родильницы.

При наличии показаний к проведению оперативного лечения беременной, роженицы, родильницы, до приезда специалистов-консультантов готовится операционная, вызываются необходимые специалисты, обеспечивается необходимый объем обследования. При транспортировке беременной, роженицы, родильницы на следующий этап лечения готовится подробная выписка с данными анамнеза, обследования и проведенного лечения, оформляется направление на госпитализацию установленного образца.

В случае продолжения лечения беременной, роженицы, родильницы и отсутствия показаний для перевода на следующий этап или вследствие нетранспортабельного состояния, ежедневно обеспечивается информирование по телефону главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики (заведующего акушерским дистанционным консультативным центром БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии), главного внештатного анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главного внештатного анестезиолога-реаниматолога для беременных Министерства здравоохранения Чувашской Республики о состоянии беременной, роженицы, родильницы, строго выполняются все рекомендации по лечению, при необходимости вносятся коррективы и согласовывается тактика лечения с врачами-консультантами.

Если принимается решение о транспортировке тяжелой беременной, роженицы, родильницы на следующий этап оказания медицинской помощи, обеспечиваются надлежащие условия транспортировки (подготовка беременной, роженицы, родильницы, санитарного транспорта, сопровождение), информация о планируемом

переводе доводится до главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главного внештатного анестезиолога-реаниматолога Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главного внештатного анестезиолога-реаниматолога для беременных Министерства здравоохранения Чувашской Республики, заместителя главного врача медицинской организации и/или ответственного дежурного врача акушерского стационара медицинской организации третьего уровня).

15. БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии обеспечивает организацию выездов врачей-консультантов отделения плановой и экстренной консультативной помощи по вызовам к пациентам акушерско-гинекологического профиля в следующем порядке:

организует выезд бригады в составе: врача-акушера-гинеколога, врача-анестезиолога-реаниматолога, врачей консультантов других специальностей, по решению главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики (заведующего акушерским дистанционным консультативным центром БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, по согласованию с заместителем главного врача по лечебной работе БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии;

при возникновении диагностически и тактически неясных ситуаций, врачи-консультанты согласовывают тактику лечения с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики (заведующим акушерским дистанционным консультативным центром БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии), главным внештатным анестезиологом-реаниматологом Министерства здравоохранения Чувашской Республики, главным внештатным анестезиологом-реаниматологом для беременных Министерства здравоохранения Чувашской Республики; при необходимости с другими главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

16. Главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики ежемесячно проводит анализ выездов акушерско-гинекологических бригад, случаев КАС, выявленных дефектов в оказании помощи пациенткам на всех уровнях. При необходимости организует санитарно-авиационную эвакуацию пациентов из отдаленных районов.

форма

Доклад

о состоянии беременной, роженицы, родильницы при консультации или вызове врачей-консультантов отделения плановой и экстренной консультативной помощи

БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии,

БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии

1.	Ф.И.О.	возраст
2.	Жалобы	
3.	Анамнез жизни	
4.	Анамнез заболевания	
5.	Объективный статус: состояние. Срок беременности:	

5.1	Рост	вес	температура	тела
5.2	Сознание			
5.3	Кожа, слизистые			
5.4	АД	пульс	шоковый индекс	ЧД
	SpO2			
5.5	Живот			
5.6	Печень			
5.7	Матка			
5.8	Состояние плода (данные УЗИ, КТГ)			
5.9	Диурез			
6.	Данные обследования:			
6.1	Общий анализ крови с определением гематокрита, лейкоформулы, подсчетом тромбоцитов			
6.2	Группа крови, резус-фактор			
6.3	Биохимия крови:	сахар	билирубин	АлАТ
	мочевина	креатинин	общий белок	АсАТ
	индекс	фибриноген	коагулограмма	протромбиновый
6.4	Общий анализ мочи			
6.5	Данные функциональной диагностики: ЭКГ, УЗИ, рентгенограммы			
6.6	Консультации специалистов:			
6.7	Предварительный диагноз:			
7.	Проводимое лечение, его эффективность:			
8.	Клинический диагноз			
9.	Проблемы в ведении больной, цель консультации, вызова			
10.	Дата	час	Врач:	

**Маршрут оказания медицинской помощи
женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов
и в послеродовый период**

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы оказания медицинской помощи женщинам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ-инфекция) в период беременности, родов и в послеродовый период.

2. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

3. Основным критерием эффективности оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией является неопределяемый уровень вирусной нагрузки у 90% беременных перед родами, что позволяет предотвратить перинатальную передачу ВИЧ.

4. Необходимо обеспечить совместное ведение пациентки врачом-акушером-гинекологом и врачом-инфекционистом с реализацией следующих мероприятий:

разработка плана ведения беременной женщины больной ВИЧ-инфекцией;

отражение в медицинской документации женщины (индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, обменная карта беременной, роженицы и родильницы, медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях) эпидемиологического номера в Чувашской Республике, схемы антиретровирусной терапии (далее - АРВТ), принимаемой во время беременности, данных лабораторного и клинического мониторинга, рекомендаций по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и раннем неонатальном периодах;

проведение работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;

контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

при отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность руководителя медицинской организации и бюджетного учреждения Чувашской Республики «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии);

максимально возможный отказ от инвазивных манипуляций, повышающих риск инфицирования плода;

своевременный лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ в соответствии с планом ведения беременной женщины, больной ВИЧ-

инфекцией, и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи;

подготовка беременной женщины к родоразрешению;

взаимодействие с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией.

5. Врач-акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии, в том числе в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационно-коммуникационной сети «Интернет»), и размещает в медицинской карте пациента (электронной карте медицинской системы) информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ и запрашивает из БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

6. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии или другие медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь беременным с ВИЧ-инфекцией, для принятия соответствующих мер.

7. 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.

8. Тестирование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применении антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

9. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского

стационара медицинскими работниками, прошедшими курсы повышения квалификации по вопросам диагностики ВИЧ. Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

10. 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.

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

12. Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

13. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется по возможности ограничить проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода.

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

15. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается лечащим врачом-акушером-гинекологом, на основе клинических рекомендаций, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

16. 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 лабораторию БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии.

17. В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации. В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение о грудном вскармливании, рекомендуется провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене. При желании женщины сохранить грудное вскармливание ребенка рекомендуется продолжить прием АРВТ матери на весь период сохраняющегося риска передачи ВИЧ от матери ребенку. При наличии грудного вскармливания рекомендуется применение антиретровирусных препаратов у ребенка.

18. Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливании новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка и передаются в электронном виде (по защищенному каналу связи в информационной-телекоммуникационной сети «Интернет») в БУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Минздрава Чувашии, а также в детскую поликлинику, в которой

будет наблюдаться ребенок.

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 8)

Маршрут оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в Чувашской Республике.

2. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной (доврачебной и врачебной), специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях согласно перечню медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Чувашской Республике (приложение № 1 к настоящему приказу)

3. 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).

4. В малонаселенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе передвижных, фельдшерских здравпунктах, фельдшерских пунктах акушеркой, фельдшером, первичная врачебная медико-санитарная помощь – в офисах врачей общей практики (семейных врачей), врачебных амбулаториях, центральных районных больниц/районных больницах (при отсутствии врача – акушера-гинеколога), которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

5. Отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера, акушерку медицинской организации в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по

назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 28 апреля 2012 г., регистрационный N 23971).

6. Женщинам, проживающим в отдаленных районах, с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний медицинская помощь врачами-специалистами, в том числе врачами – акушерами-гинекологами, оказывается в составе мобильных медицинских бригад, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

7. Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациенткам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается врачами – акушерами-гинекологами в акушерско-гинекологических кабинетах или женских консультациях, входящих как структурное подразделение в состав поликлиник или являющихся самостоятельной структурной единицей, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

8. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские приемы женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прегравидарную подготовку.

9. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, осуществляется при проведении профилактического приема, проведении диспансеризации взрослого населения или посещении смотрового кабинета медицинской организации.

10. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводится: скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (анализ на вирус папилломы человека (далее - ВПЧ) и цитологическое исследование мазка (соскоба), в т.ч. жидкостная цитология, на наличие атипических клеток шейки матки) и скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм).

11. Скрининг при профилактических осмотрах здоровых женщин считается выполненным при охвате 80% и более женского населения. Широта охвата населения (80% и более) может быть обеспечена с помощью активной рассылки приглашений на обследование с помощью электронной почты и мобильной связи, а также использованием технологии самозабора (при исследовании на ВПЧ).

12. Скрининг для выявления рака шейки матки проводится в возрасте 21-65 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии 1 раз в 3 года, в возрасте 30 - 65 лет - с применением ко-тестирования (цитология/жидкостная цитология с окраской по Папаниколау, классификация цитологических картин по Betesda и ВПЧ-типирование,

в том числе с использованием технологии самозабора) 1 раз в 5 лет.

13. Скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм) проводится у женщин в возрасте от 40 до 75 лет включительно 1 раз в 2 года. У женщин в возрасте от 18 до 39 лет включительно проводится ультразвуковое исследование молочных желез.

14. С целью выявления новообразований и отклонений в состоянии внутренних половых органов проводится бимануальное исследование и ультразвуковое исследование органов малого таза.

С целью организации проведения диспансеризации женщин репродуктивного возраста в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи проводятся отдельные мероприятия, предусматривающие:

в рамках первого этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья у женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно ежегодно: проведение анкетирования женщин в целях оценки репродуктивного здоровья и репродуктивных установок; проведение осмотра врачом-акушером-гинекологом женщин с проведением бимануального влагалищного исследования, пальпации молочных желез; получение цервикального мазка, цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (цервикального канала); получение влагалищного мазка, микроскопическое исследование влагалищного мазка; проведение индивидуального профилактического консультирования по вопросам возможных нарушений репродуктивной системы и репродуктивных установок врачом – акушером-гинекологом женщин по итогам проведенного обследования по оценке репродуктивного здоровья и репродуктивных установок в рамках первого этапа диспансеризации;

в рамках второго этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья: проведение ультразвукового исследования молочных желез; проведение ультразвукового исследования органов малого таза комплексного (трансвагинальное и трансабдоминальное); консультация врача-акушера-гинеколога с проведением индивидуального углубленного профилактического консультирования по вопросам нарушений репродуктивной системы по итогам обследования по оценке репродуктивного здоровья в рамках второго этапа диспансеризации.

15. По результатам профилактических осмотров и диспансеризации с целью оценки репродуктивного здоровья женщин формируются группы здоровья:

I группа здоровья – женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья – женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы в детородном возрасте женщины ориентируются врачом – акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

III группа здоровья – женщины, имеющие гинекологические заболевания или риск их развития, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом – акушером-гинекологом.

16. Группы диспансерного наблюдения женщин с гинекологическими заболеваниями:

I диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

II диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

III диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, синдром поликистозных яичников, олиго/аменорея).

17. Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.

18. Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом - акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.

Врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS):

0 категория - направляется на консультацию врача - онколога для определения дальнейшей тактики ведения;

1, 2 категории - пациентка наблюдается врачом - акушером-гинекологом;

3 категория - направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;

4, 5, 6 категории - наблюдается врачом - онкологом.

При исключении 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.

19. На этапе первичной медико-санитарной помощи врач - акушер-гинеколог взаимодействует со специалистами кабинета медико-социальной помощи женской консультации (специалистом по социальной работе, психологом) 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 и после.

Стационарная помощь гинекологическим больным оказывается в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с приложением № 13 к настоящему приказу.

20. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи при гинекологической патологии и госпитализации женщин в гинекологические стационары медицинских организаций III Б группы (уровня) являются состояния, обусловленные гинекологической патологией для оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и

реабилитации.

21. В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 3 - 6 часов в сутки.

Утвержден
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 9)

Маршрут оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы оказания медицинской помощи несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями (в возрасте до 17 лет включительно) (далее – несовершеннолетние) в рамках первичной медико-санитарной помощи (первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи), специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на основании информированного добровольного согласия пациентки или ее законного представителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Оказание первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, разделяется по уровням.

Первый уровень оказания медицинской помощи.

В амбулаторных условиях врачами - акушерами-гинекологами, прошедшими курсы тематического усовершенствования по детской гинекологии, проводятся профилактические медицинские осмотры в декретированные возрасты. В остальные возрастные периоды осмотр несовершеннолетних проводится врачом - педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта. На основании осмотра и данных обследования, определяются группы здоровых несовершеннолетних и несовершеннолетних с гинекологической патологией.

Второй уровень оказания медицинской помощи.

При выявлении гинекологической патологии несовершеннолетние направляются к врачам – акушерам-гинекологам Центра охраны здоровья семьи репродукции БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии, БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии, БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии, БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии, БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии.

В рамках амбулаторного приема несовершеннолетние наблюдаются совместно с врачом - педиатром с привлечением «узких» специалистов согласно стандарту в зависимости от выявленной патологии. При отсутствии в медицинской организации необходимого специалиста несовершеннолетняя направляется на консультацию в БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии и другие

медицинские организации III уровня, оказывающие медицинскую помощь детям и подросткам.

3. Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним включает:

профилактику нарушений формирования репродуктивной системы и заболеваний половых органов;

раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания;

персонифицированное консультирование несовершеннолетних и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска и первичной профилактики заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики аборт и выбора контрацепции;

санитарно-гигиеническое просвещение несовершеннолетних, проводимое в период профилактических осмотров на территории медицинской организации, с учетом возрастных психологических особенностей и направленное на ознакомление с нормальной физиологией полового созревания, с основными проявлениями гинекологических заболеваний, нарушений полового развития и патологии молочных желез, требующих обращения к врачу акушеру-гинекологу, на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

4. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара врачом - акушером-гинекологом, а в случае его отсутствия - врачом-педиатром или другим врачом-специалистом, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

5. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий оказывается в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный № 49577), Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 27 января 2023 г. № 92 «О регламенте взаимодействия медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий с использованием подсистемы «Телемедицинские консультации» Республиканской медицинской информационной системы» (зарегистрирован в Государственной службе Чувашской Республики по делам юстиции 17 февраля 2023 г. регистрационный № 8395).

6. Прием и осмотр девочек в возрасте до 14 лет включительно производится в присутствии одного из родителей или иного законного представителя и медицинской сестры. Прием и осмотр девочек в возрасте от 15 до 17 лет включительно по желанию девочки может быть осуществлен без ее законного представителя, но обязательно в присутствии медицинской сестры.

7. Несовершеннолетним, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами - акушерами-гинекологами, врачами-педиатрами или другими врачами-

специалистами в составе мобильных медицинских бригад, которые осуществляют свою деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 27 июня 2012 г., регистрационный № 24726).

8. Медицинскую помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывают врачи-специалисты, прошедшие обучение в объеме не менее 72 академических часов (не реже 1 раза в 5 лет) на цикле по программам повышения квалификации по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей подтвержденных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.

9. Профилактические осмотры несовершеннолетних в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез проводятся в возрасте 3, 6, 13, 15, 16 и 17 лет включительно.

10. При проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних декретируемых возрастов после получения индивидуального добровольного согласия врач - акушер-гинеколог осуществляет анкетирование в целях выяснения жалоб, сбора анамнеза, выявления факторов риска нарушений репродуктивного здоровья и будущей фертильности, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, бальную оценку степени полового развития по Таннеру, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, пальпацию живота, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития.

11. При профилактическом осмотре несовершеннолетних не рекомендуется ректо-абдоминальное (вагинальное) гинекологическое исследование, вагиноскопия и взятие материала для микроскопического, микробиологического и молекулярно-генетического исследования микробиоты вульвы и влагалища. Исключение составляют несовершеннолетние по достижению возраста 17 лет, которым при наличии условий проводится взятие мазка (соскоба) с шейки матки, цитологическое исследование мазка (соскоба) шейки матки с окраской по Папаниколау на наличие признаков интраэпителиальных неоплазий.

12. Индикатором эффективности является охват профилактическим медицинским осмотром в течение календарного года не менее 95% девочек, прикрепленных к медицинской организации.

13. По результатам профилактических осмотров несовершеннолетних формируются группы здоровья:

I группа здоровья - несовершеннолетние, не имеющие врожденной патологии, функциональных и морфофункциональных нарушений органов репродуктивной системы;

II группа здоровья - несовершеннолетние, имеющие в настоящее время или в течение 6 месяцев, предшествующих профилактическому осмотру:

острую травму половых органов и молочных желез, сращение малых половых губ, полип гимена, гемангиому, кисту вульвы/влагалища, гипертрофию малых половых губ, острые неосложненные воспаления вульвы и (или) влагалища и внутренних половых органов, расстройство менструаций, фолликулярную или

желтого тела кисту яичника, нелактационный серозно-инфильтративный или гнойный мастит;

хирургическое вмешательство на органах репродуктивной системы, при сохранности их функции;

III группа здоровья – несовершеннолетние, имеющие на момент осмотра:

хронические заболевания (состояния) органов репродуктивной системы в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями;

хронические рецидивирующие доброкачественные невоспалительные (склерозирующий лихен, атопический вульвит) и воспалительные заболевания наружных половых органов;

расстройство менструаций, дисменорею в течение 6 месяцев и более;

доброкачественное опухолеподобное образование или опухоль матки и ее придатков;

доброкачественное заболевание молочных желез;

преждевременное половое развитие (в возрасте до семи лет включительно);

задержку полового развития (отсутствие роста молочных желез в возрасте старше тринадцати лет, отсутствие менархе в возрасте старше пятнадцати лет);

аномалию (порок) развития внутренних половых органов;

сочетание указанных болезней с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации;

IV группа здоровья – несовершеннолетние, имеющие на момент осмотра:

хроническое гинекологическое заболевание (состояние) в активной стадии или с частыми обострениями, с полной или частичной компенсацией функций органов репродуктивной системы;

хроническое гинекологическое заболевание (состояние) в стадии клинической ремиссии, требующее назначения поддерживающего лечения, в том числе с генитальным эндометриозом, с синдромом поликистозных яичников, с задержкой полового развития при хромосомных болезнях и нарушении формирования пола;

V группа здоровья – несовершеннолетние, имеющие на момент осмотра:

тяжелые хронические экстрагенитальные заболевания (состояния) с редкими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями и (или) выраженной декомпенсацией функций органов репродуктивной системы;

стойкие патологические изменения половых и смежных органов, ограничивающие возможность жизнедеятельности, пребывание в детских коллективах и трудовую деятельность.

14. Несовершеннолетние из I и II группы здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом - акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

Несовершеннолетним, отнесенным к III, IV, V группам здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

15. Группы диспансерного наблюдения:

I диспансерная группа - несовершеннолетние с нарушением полового развития и врожденными аномалиями (пороками) развития половых органов;

II диспансерная группа - несовершеннолетние с хроническими

гинекологическими заболеваниями и доброкачественными заболеваниями молочных желез;

III диспансерная группа - несовершеннолетние с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологии.

16. В возрастные периоды, не предполагающие проведение профилактических осмотров, в том числе при диспансеризации детского населения, несовершеннолетние направляются к врачу - акушеру-гинекологу врачом-педиатром, участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачами других специальностей, фельдшером, акушеркой фельдшерско-акушерского пункта, а также при самостоятельном обращении несовершеннолетней с законным представителем при наличии следующих показаний:

зуд, жжение, покраснение, высыпания, расчесы, эрозии, налеты, участки лихенификации кожи наружных половых органов и влагалища;

сращение малых половых губ;

папилломы, кондиломы и опухолевидные образования на кожных покровах наружных половых органов и промежности в любом возрасте;

выделения из половых путей патологического характера в любом возрасте;

кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности и продолжительности в любом возрасте;

травматические (бытовые и насильственные) повреждения наружных половых органов, вульвы и влагалища в любом возрасте;

патологические анализы мочи (бактериурия, лейкоцитурия, гематурия и др.) в любом возрасте;

острая и хроническая тазовая боль, не требующая экстренной медицинской помощи в любом возрасте;

изменение формы и величины живота в любом возрасте;

увеличение молочных желез и рост волос на лобке в возрасте до семи лет включительно;

ускоренное физическое и половое развитие в возрасте семи лет включительно;

отсутствие вторичных половых признаков (молочных желез и оволосения лобка) в возрасте тринадцати лет и старше;

перерыв в менструациях более чем на 48 дней с менархе до семнадцати лет включительно;

отсутствие менструации в возрасте пятнадцати лет и старше;

указание на наличие множественных кожных складок на шее и лимфатического отека конечностей в периоде новорожденности;

наличие стигм дисэмбриогенеза, пигментных пятен, множественных родимых пятен или витилиго, костных дисплазий при низкорослости и высокорослости в любом возрасте;

нарушение строения наружных половых органов, в том числе, гипертрофия клитора и малых половых губ, уrogenитальный синус, отсутствие входа во влагалище в любом возрасте, свищи с вовлечением женских половых органов;

аплазия, гипоплазия, гипермастия, гигантомастия, асимметрия и другие аномалии, доброкачественная дисплазия молочных желез и узловые образования молочных желез, мастит в любом возрасте;

отклонения от нормативного индекса массы тела в периоде полового созревания (в возрасте от восьми до семнадцати лет включительно) более чем на 10%;

повышенный рост волос и оволосение по мужскому типу в любом возрасте;

задержка физического развития в любом возрасте;
низкорослость (рост 150 см и менее) в периоде полового созревания;
высокорослость (рост 175 см и более) в периоде полового созревания;
состояние после хирургических вмешательств на органах брюшной полости в любом возрасте;

реконвалесценция после перенесенных детских инфекций и тонзилэктомии в препубертатном возрасте (от 8 лет до менархе) и в первой фазе пубертатного периода (с менархе до 14 лет включительно);

указание на патологию матки и яичников по результатам эхографии и томографии внутренних органов, в том числе органов малого таза;

начало сексуальных отношений;

необходимость консультирования несовершеннолетней (ее законного представителя) по вопросам интимной гигиены;

необходимость консультирования несовершеннолетней (ее законного представителя) по вопросам вакцинирования против ВПЧ;

необходимость консультирования по вопросам риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе ВИЧ, вирусом гепатита В и С;

необходимость консультирования для индивидуального подбора контрацепции у сексуально активных несовершеннолетних, в том числе после аборта.

17. При выявлении беременности любого срока у несовершеннолетней в возрасте до восемнадцати лет вопрос о пролонгировании или прерывании беременности решается врачом - акушером-гинекологом (при необходимости - врачебным консилиумом) медицинской организации, оказывающей помощь женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869).

18. Наблюдение за течением беременности у несовершеннолетней осуществляется врачами - акушерами-гинекологами БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, оказывающими помощь женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12 ноября 2020 г., регистрационный № 60869).

19. Экстренная и неотложная медицинская помощь несовершеннолетним с острыми гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, оказывается в медицинских организациях, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) или детской хирургии, (хирургии), имеющих стационар круглосуточного пребывания с отделением анестезиологии-реаниматологии, врачами - акушерами-гинекологами, врачами - детскими хирургами (врачами-хирургами). При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у несовершеннолетних рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и

ее придатков.

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, при необходимости с использованием дистанционного консультирования и (или) телемедицинских технологий.

При острых, угрожающих жизни гинекологических заболеваниях, экстренная медицинская помощь девочкам и девочкам-подросткам оказывается в гинекологических отделениях БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии, в гинекологических отделениях межрайонных центров и БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии.

20. Для оказания плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, врач - акушер-гинеколог или иной медицинский работник направляет несовершеннолетнюю с гинекологическим заболеванием и патологией молочных желез в круглосуточный стационар БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии.

При наличии показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи врачом – акушером-гинекологом БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, оформляется направление в федеральное учреждение для оказания данного вида помощи.

21. Объем и этапность экстренного и планового хирургического вмешательства у несовершеннолетнего любого возраста с врожденными аномалиями (пороками) развития половых органов и смежных органов малого таза решается коллегиально врачами-акушерами-гинекологами, врачами детскими хирургами/хирургами, детскими урологами-андрологами медицинской организации третьего уровня.

22. Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, функции и полномочия учредителей, в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования, являются:

нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;

необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств;

необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;

необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

23. Вопрос о допустимости медицинского вмешательства, сопряженного с

внесением изменений в запись актов гражданского состояния о смене пола у несовершеннолетних с нарушением формирования наружных половых органов, обусловленных врожденными аномалиями (пороками) развития половых органов, генетическими и эндокринными заболеваниями, решается врачебной комиссией федеральной медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения Российской Федерации и включенной в перечень медицинских организаций, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2023 г. № 3478-р.

24. Несовершеннолетние достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение в медицинскую организацию здравоохранения (отделение) для взрослого населения после оформления переводного эпикриза подростка. Несовершеннолетние с гинекологическими заболеваниями (состояниями) и доброкачественными заболеваниями молочных желез, требующие продолжения диспансерного наблюдения, передаются врачу - акушеру-гинекологу женской консультации с оформленным актом передачи по списку. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и определяют группу диспансерного наблюдения.

25. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь несовершеннолетним с гинекологическим заболеванием оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии.

Утвержден
приказом
Министерства
здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 10)

Маршрут оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности

1. Настоящий Маршрут регулирует вопросы оказания медицинской помощи женщинам при искусственном прерывании беременности.

2. Медицинская помощь женщинам при искусственном прерывании беременности оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности) и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности).

3. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара или стационарных условиях. Медицинская помощь при искусственном прерывании беременности оказывается в условиях дневного стационара или стационарных условиях.

При искусственном прерывании беременности в условиях дневного стационара, в случае возникновения медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, пациентка эвакуируется в медицинскую организацию соответствующего профиля и уровня для дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4. Оказание медицинской помощи при искусственном прерывании беременности проводится на основе информированного добровольного согласия по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. № 216н «Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 42006).

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше 15 лет, а также несовершеннолетних больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

5. Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи при искусственном прерывании беременности осуществляется на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

При проведении ультразвукового исследования органов малого таза, у женщин,

обратившихся за медицинской услугой по искусственному прерыванию беременности до 12 недель без медицинских показаний, в процессе исследования проводится демонстрация изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии).

6. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу - акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия - к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерских здравпунктов.

7. При первичном обращении женщины с целью искусственного прерывания беременности врач - акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского здравпункта, фельдшерского пункта или иной врач-специалист (в том числе врач ультразвуковой диагностики) предлагает пройти мотивационное анкетирование, с формированием индивидуальных рекомендаций и информированием о федеральных и региональных мерах социальной поддержки беременных женщин и семей с детьми, и направляет беременную на основе информированного добровольного согласия в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для проведения психологического доабортного консультирования – консультирования женщин в ситуации репродуктивного выбора, направленного на сохранение беременности, психологом (медицинским психологом) или медицинским работником с высшим или средним медицинским образованием, прошедшим курсы повышения квалификации по психологическому доабортному консультированию, и, при необходимости, специалистом по социальной работе.

Консультанты рекомендуют женщине пройти мотивационное анкетирование в кабинете медико-социальной помощи с использованием QR-кода для прохождения мотивационного анкетирования.

Мотивационное анкетирование проводится с целью выявления репродуктивных установок, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности и направлено на формирование правильного репродуктивного выбора у женщины, обратившейся в медицинскую организацию с намерением прервать беременность.

При проведении мотивационного анкетирования, врач-акушер-гинеколог проводит беседу с женщиной, оказавшейся в ситуации репродуктивного выбора, используя речевые модули, предлагает заполнить анкету, разработанную в рамках программы формирования индивидуальных рекомендаций для женщин в ситуации репродуктивного выбора, направляет на консультацию к медицинскому психологу/психологу. Медицинский психолог/психолог консультирует женщину, оказавшуюся в ситуации репродуктивного выбора, с применением речевых модулей.

Речевые модули – это набор устойчивых выражений для общения врача-акушера-гинеколога, медицинского психолога/психолога, специалиста по социальной работе, юриста, а также руководителя медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь женщинам в ситуации репродуктивного выбора, направленных на формирование правильного репродуктивного выбора у женщины, обратившейся в медицинскую организацию с намерением прервать беременность.

Специалисты по социальной работе проводят консультирование по мерам социально-экономической поддержки семей с детьми и беременных женщин, во взаимодействии с социальными службами. Юристы проводят консультирование по правовым вопросам, связанным с жизненной ситуацией, у пациентки в состоянии репродуктивного выбора.

8. Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением на искусственное прерывание беременности производит обследование для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности.

9. При наличии противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности или наносит серьезный ущерб здоровью женщины или представляет угрозу для ее жизни) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей с учетом срока беременности и места прерывания беременности.

10. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится:

не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 4-7 неделя, при сроке беременности 11-12 неделя, но не позднее окончания 12 недели беременности;

не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8-10 неделя беременности.

11. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности может быть проведено с использованием медикаментозного или хирургического метода на основе информированного добровольного согласия женщины.

12. Для прерывания беременности сроком до 12 недель могут использоваться как хирургический, так и медикаментозный методы.

13. Прерывание беременности в сроки, предусмотренные клиническими рекомендациями медикаментозным методом, проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях дневного стационара с обязательным наблюдением женщины не менее 1,5 - 2 часов после приема лекарственных препаратов. При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с клиническими рекомендациями

14. Прерывание беременности в сроке до 12 недель хирургическим методом проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях дневного стационара и стационарных условиях. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины и составляет 3 - 4 часа.

15. Искусственное прерывание беременности при сроке до 12 недель у женщин с клинически значимыми признаками истончения рубца на матке, имплантацией плодного яйца в области рубца на матке, миомой матки больших размеров, аномалиями развития половых органов, при наличии тяжелых соматических заболеваний, при высоком риске кровотечения и венозных тромбоэмболических осложнений производится врачом-акушером-гинекологом в стационарных условиях в медицинских организациях третьего уровня: БУ «Президентский перинатальный

центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии.

Женщин, планирующих прервать беременность, и женщин с угрозой прерывания беременности, желающих сохранить беременность, госпитализируют в отдельные палаты гинекологических отделений.

16. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях гинекологического отделения и/или наблюдационного отделения акушерского стационара медицинских организаций третьего уровня: БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии.

17. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям при сроке беременности более 22 недель проводится врачом-акушером-гинекологом в условиях акушерского стационара БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии, имеющих 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.

18. Прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны плода сроком более 22 недель проводится в акушерском стационаре БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии с применением фетотида.

19. Основанием для искусственного прерывания беременности по социальному показанию в сроке беременности более 12 недель является документ, подтверждающий наличие социального показания для искусственного прерывания беременности.

20. Для подтверждения наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 25 декабря 2007 г., регистрационный № 10807) в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии, БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии формируется перинатальный консилиум с привлечением врачей-специалистов медицинских организаций (очно) в составе врача-акушера-гинеколога, врача - специалиста по профилю основного заболевания беременной женщины, являющегося медицинским показанием для искусственного прерывания беременности и руководителя медицинской организации.

Заключение перинатального консилиума о наличии у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, оформляется письменно и заверяется подписями членов перинатального консилиума.

21. Искусственное прерывание беременности осуществляется с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины.

22. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация иммуноглобулином человека антирезус Rho(D) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата.

23. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого пациентка информируется о признаках возможных осложнений, при появлении которых ей следует незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, возможной реабилитации, а также по вопросам профилактики абортов, прегравидарной подготовки и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

24. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача-акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 10-15 дней.

Утверждена
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 11)

**Схема маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи
женщинам в период беременности, родов и послеродовой период**

№ п/п	Наименование медицинской организации	Прикрепленная территория обслуживания
1.	БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии	БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии (ургентный зал);
2.	БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии	БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии (ургентный зал);
3.	БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии	БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Комсомольская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Канашская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Урмарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Яльчикская ЦРБ» Минздрава Чувашии; территория Янтиковского муниципального округа; БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Шемуршинская районная больница» Минздрава Чувашии
4.	БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии	БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Вурнарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Красночетайская районная больница» Минздрава Чувашии; территория Порецкого муниципального округа
5.	БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии	территория г. Чебоксары

	БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии	территория г. Новочебоксарск; БУ «Мариинско-Посадская ЦРБ им. Н.А. Геркена» Минздрава Чувашии; БУ «Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии
6.	БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии	все территории муниципальных и городских округов Чувашской Республики

Утверждена
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 12)

**Схема госпитализации беременных женщин в медицинские организации,
находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики,
с учетом показаний для госпитализации**

Перечень медицинских организаций	Показания для госпитализации
I уровень	
БУ «Аликовская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Вурнарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Канашская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии; БУ «Комсомольская ЦРБ» Минздрава Чувашии; филиал «Красноармейская центральная районная больница» БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии; БУ «Красночетайская районная больница» Минздрава Чувашии; БУ «Моргаушская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Мариинско-Посадская» Минздрава Чувашии; филиал «Порецкая центральная районная больница» БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Урмарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Цивильская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Чебоксарская районная больница» Минздрава Чувашии; БУ «Шемуршинская районная больница»	беременные с низким риском перинатальной и экстрагенитальной патологии: беременности до 20 недель (время пребывания на койке не должно превышать 6-7 к/д);

<p>Минздрава Чувашии; БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Яльчикская ЦРБ» Минздрава Чувашии; филиал «Янтиковская центральная районная больница» БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии</p>	
II уровень	
<p>Акушерские отделения и/или койки патологии беременных в составе гинекологических отделений: БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии; БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии</p>	<p>беременные с низким и средним риском перинатальной патологии: пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности); заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит); психические заболевания; переносимая беременность; предполагаемый крупный плод; анатомическое сужение таза I-II степени; тазовое предлежание плода; низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения); мертворождение в анамнезе; один рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения*; один рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца, при подтвержденном УЗИ расположении плаценты не в месте локализации рубца*; преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 36 недель, при наличии возможности оказания</p>

	<p>реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей уровня;</p> <p>заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе);</p> <p>(при отсутствии эффекта от лечения любого патологического состояния в течение 6-7 дней перевод на III уровень)</p>
III уровень	
<p>БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии;</p> <p>БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии</p>	<p>беременные со средним и высоким риском перинатальной патологии на сроках 20 недель и более:</p> <p>возраст беременной женщины до 18 лет;</p> <p>преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;</p> <p>предлежание плаценты;</p> <p>полное предлежание плаценты*;</p> <p>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 (кроме кесарева сечения)**;</p> <p>подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии**;</p> <p>задержка роста плода;</p> <p>изоиммунизация при беременности**;</p> <p>метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);</p> <p>водянка плода;</p> <p>много- и маловодие;</p> <p>заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана</p>

	<p>с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия)**;</p> <p>тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности**;</p> <p>заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности**;</p> <p>состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств**;</p> <p>диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;</p> <p>заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии** ;</p> <p>заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени)**;</p> <p>эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность)**;</p> <p>заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);</p> <p>заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови)**;</p> <p>заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных</p>
--	--

	<p>ишемических и геморрагических инсультов)**;</p> <p>миастения**;</p> <p>злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации**;</p> <p>сосудистые мальформации, аневризмы сосудов**;</p> <p>перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза;</p> <p>прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации;</p> <p>поперечное и косое положение плода;</p> <p>преэклампсия, эклампсия и их осложнения;</p> <p>холестаз, гепатоз беременных**;</p> <p>кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;</p> <p>рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;</p> <p>беременные с двумя (и более) рубцами на матке;</p> <p>беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;</p> <p>антенатальная гибель плода при наличии хотя бы одного из критериев, предусмотренных настоящим пунктом;</p> <p>многоплодная беременность (тремя и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов)**;</p> <p>беременность после лечения</p>
--	---

	бесплодия любого генеза, после ЭКО и переноса эмбриона**; беременные с ВПР плода требующими хирургического**

* – госпитализируются в БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии;

** – госпитализируются в БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии.

Утверждена
приказом
Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 07.05.2025 № 705
(приложение № 13)

**Схема госпитализации гинекологических больных в медицинские организации,
находящиеся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики,
с учетом показаний для госпитализации**

Перечень медицинских организаций	Перечень показаний для госпитализации
I уровень	
Гинекологические отделения (койки в составе хирургических отделений): БУ «Аликовская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Вурнарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Ибресинская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Канашская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Козловская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Комсомольская ЦРБ» Минздрава Чувашии; филиал «Красноармейская центральная районная больница» БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии; БУ «Красночетайская районная больница» Минздрава Чувашии; БУ «Моргаушская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Мариинско-Посадская» Минздрава Чувашии; филиал «Порецкая центральная районная больница» БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Урмарская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Цивильская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Чебоксарская районная больница»	состояния, требующие экстренной и неотложной медицинской помощи; состояния, требующие планового оказания специализированной медицинской помощи в объеме, соответствующем уровню оснащенности и квалификации врача - акушера-гинеколога; с низким уровнем риска гинекологической патологии; прерывание беременности при сроках беременности до 12 недель у беременных без тяжелой сопутствующей гинекологической, акушерской, экстрагенитальной патологии

<p>Минздрава Чувашии; БУ «Шемуршинская районная больница» Минздрава Чувашии; БУ «Ядринская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Яльчикская ЦРБ» Минздрава Чувашии; филиал «Янтиковская центральная районная больница» БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии</p>	
II уровень	
<p>Гинекологические отделения: БУ «Новочебоксарский медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Больница скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии; БУ «Городской клинический центр» Минздрава Чувашии; БУ «ЦРБ Алатырского района» Минздрава Чувашии; БУ «Батыревская ЦРБ» Минздрава Чувашии; БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии; БУ «Канашский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии</p>	<p>состояния, требующие экстренной или неотложной медицинской помощи, а также состояния, обусловленные гинекологической патологией и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов);</p> <p>со средним риском гинекологической патологии;</p> <p>прерывание беременности по медицинским показаниям при сроках беременности до 12 недель;</p> <p>госпитализация беременных до 20 недель</p>
III уровень	
<p>Гинекологические отделения: БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии; БУ «Городская клиническая больница № 1» Минздрава Чувашии</p>	<p>с высоким риском гинекологической патологии, с тяжелой экстрагенитальной патологией, а также состояния, обусловленные гинекологической патологией и требующие оказания специализированной медицинской помощи с использованием в том числе современных медицинских технологий (эндоскопических, а также при необходимости привлечения смежных специалистов) по территориальному прикреплению;</p> <p>состояния, обусловленные гинекологической патологией в сочетании с сопутствующей тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями</p>

	<p>абортов и родов;</p> <p>шеечная беременность;</p> <p>тяжелая рвота беременных в сроке до 20 недель;</p> <p>беременность в рубце в сроки до 20 недель;</p> <p>заболевания органов малого таза, сопровождающиеся выраженным спаечным процессом (3-4 степени), с вовлечением соседних органов, опухоли половых органов больших размеров, неуточненного происхождения;</p> <p>состояния, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с использованием инновационных технологий, в том числе, с целью сохранения и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;</p> <p>реконструктивные операции на матке у женщин репродуктивного возраста с истончением рубца и формированием «ниши» стенки после операции кесарева сечения;</p> <p>хирургическое лечение аномалий матки с использованием метода 3D ультразвукового исследования и реконструктивно-пластических операций;</p> <p>агенитальной патологией;</p> <p>госпитализация беременных до 20 недель;</p> <p>прерывание беременности при сроках беременности до 22 недель у беременных по социальным и медицинским показаниям;</p> <p>прерывание беременности у подростков до 18 лет;</p> <p>прерывание беременности с двумя рубцами (и более) на матке</p>
--	---