МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

25 ноября 2019 г. № 48-мпр

Иркутск

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 27 июля 2012 года № 149-мпр

С целью повышения качества оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, ранней диагностики врожденных пороков развития плода у беременных женщин, снижения младенческой и перинатальной смертности, мертворождаемости и заболеваемости детей в Иркутской области в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 16 июля 2010 года № 174-пп,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Иркутской области от 27 июля 2012 года № 149-мпр «О проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области» следующие изменения:

1) в Положении о порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области:

пункт 7 дополнить подпунктами «в», «г» следующего содержания:

«в) диагностика замедлений роста плода (Приложение 4^1 к настоящему Положению);

г) архивирование ультразвуковых исследований в кабинетах пренатальной диагностики (Приложение 4^2 к настоящему Положению).»;

Приложения 3, 4 изложить в следующей редакции (прилагаются);

дополнить Приложениями 4^1, 4^2 следующего содержания (прилагаются);

2) в Положении о порядке проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка в Иркутской области:

пункт 10 после слов «на основании заключения пренатального консилиума» дополнить словами «(Приложение 1^1 к настоящему Положению).»;

дополнить пунктами 14, 15 следующего содержания: «14. При рождении ребенка с подозрением на хромосомные аномалии в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, для подтверждения диагноза необходимо доставить образец крови ребенка в цитогенетическую лабораторию медико-генетической консультации Областного перинатального центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» (Приложение 3 к настоящему Положению).

15. При наличии аномалии развития плода проводится искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям (Приложение 4 к настоящему Положению).»;

дополнить Приложением 1^1 следующего содержания (прилагается);

Приложение 2 изложить в следующей редакции (прилагается);

дополнить Приложениями 3, 4 следующего содержания (прилагаются).

2. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию в сетевом издании «Официальный интернет-портал правовой информации Иркутской области» (www.ogirk.ru).

3. Настоящий приказ вступает в силу не ранее чем через десять календарных дней после его официального опубликования.

Министр О.Н. Ярошенко

Приложение 1
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 26 апреля 2019 г. № 48-спр

«Приложение 3 к Положению о порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области

Список межмуниципальных кабинетов пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Иркутской области

№	Кабинет	Рекомендуемые территории обслуживания пациентов
1.	ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» Областной перинатальный центр	ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» Областной перинатальный центр КДО; ОГБУЗ «Усть-Удинская районная больница»; ОГБУЗ «Районная больница г. Бодайбо»; ОГБУЗ «Районная больница п. Мама»; ОГБУЗ «Катангская районная больница»; ОГБУЗ «Заларинская районная больница»; ОГБУЗ «Саянская городская больница».
2.	ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр»	ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр» КДО; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 4»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 5»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 11»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 15»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 17»; ОГБУЗ «Иркутская районная больница».
3.	ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница №1»	ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница №1»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 6»; ОГБУЗ «Иркутская городская поликлиника № 12»; ОГАУЗ «Иркутская медико-санитарная часть №2»; ФГБУЗ больница ИНЦ СОРАН.
4.	ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница №8»	ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 8»; ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 9»;

		ОГАУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 10»; ОГАУЗ «МЕДСАНЧАСТЬ ИАПО».
5.	ОГАУЗ «Ангарский перинатальный центр»	ОГАУЗ «Ангарский перинатальный центр»; ОГБУЗ «Нукутская районная больница»; ОГБУЗ «Зиминская городская больница»; ОГБУЗ «Куйтунская районная больница».
6.	ОГАУЗ «Братский перинатальный центр»; ОГБУЗ «Братская городская больница № 2»	ОГАУЗ «Братский перинатальный центр»; ОГБУЗ «Братская районная больница»; ОГБУЗ «Братская городская больница № 2»; ОГАУЗ «Братская городская больница № 3»; ОГБУЗ «Чунская районная больница»; ОГБУЗ «Тайшетская районная больница».
7.	ОГБУЗ «Усольская городская больница»	ОГБУЗ «Усольская городская больница»; ОГБУЗ «Балаганская районная больница»; ОГБУЗ «Нижнеудинская районная больница».
8.	ОГБУЗ «Областная больница № 2»	ОГБУЗ «Областная больница № 2»; ОГБУЗ «Баяндаевская районная больница»; ОГБУЗ «Жигаловская районная больница»; ОГБУЗ «Качугская районная больница»; ОГБУЗ «Ольхонская районная больница»; ОГБУЗ «Боханская районная больница»; ОГБУЗ «Осинская районная больница».
9.	ОГБУЗ «Черемховская городская больница № 1»	ОГБУЗ «Черемховская городская больница № 1»; ОГБУЗ «Аларская районная больница»; ОГБУЗ «Больница г. Свирска»; ОГБУЗ «Тулунская городская больница».
10.	ОГБУЗ «Шелеховская районная больница»	ОГБУЗ «Шелеховская районная больница»; ОГБУЗ «Слюдянская районная больница».
11.	ОГБУЗ «Усть-Илимская городская больница»	ОГАУЗ «Усть-Илимская городская поликлиника № 1» ОГБУЗ «Усть-Илимская городская поликлиника № 2»
12.	ОГБУЗ «Железногорск-кая районная больница»	ОГБУЗ «Железногорская районная больница».

13.	ОГБУЗ «Усть-Кутская районная больница»	ОГБУЗ «Усть-Кутская районная больница»; ОГБУЗ «Казачинско-Ленская районная больница».
14.	ОГБУЗ «Киренская районная больница»	ОГБУЗ «Киренская районная больница».

».

Приложение 2
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 25 февраля 2019 г. № 98-спр

«Приложение 4 к Положению о порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области

Протокол скринингового ультразвукового исследования в 11- 14 недель беременности

Ф.И.О:
Дата рождения: возраст:
Дата исследования:
Вид исследования: трансабдоминальный/ трансвагинальный
Первый день последней менструации: Срок беременности: нед. дн.
Предполагаемая дата родов:
В полости матки визуализируется: плод(а).
Частота сердечных сокращений плода: ударов в минуту

	мм	Соответствует		мм	Соответствует менструальному сроку беременности
ТВП		норма	КТР		
ДКЧСН		норма	БПР		
4-й желудочек головного мозга		норма	ОГ		
Кровоток в венозном протоке: диастола сохранена/реверсный кровоток			ОЖ		
			ДБ		

Анатомия плода:

Кости свода черепа:	Не изменены	Желудок	Не изменен
Структуры головного мозга: М - эхо	Не изменено	Передняя брюшная стенка	Не изменена
Сосудистые сплетения боковых желудочков	Не изменены	Почки	Не изменены
Полушария мозжечка	Не изменены	Мочевой пузырь (режим ЦДК)	Не изменен
Позвоночник	Не изменен	Расширения прямой кишки	Не визуализируется
Четырехкамерный срез сердца	Не изменен	Верхние конечности	Не изменены
		Нижние конечности	Не изменены

Маркеры ХА: (не выявлены/ выявлены). Грубые ВПР: (не выявлены/ выявлены).
Преимущественная локализация хориона: (передняя стенка/ задняя стенка/ правая боковая стенка /левая боковая стенка/в дне).
Структура хориона: (не изменена/ изменена).

В пуповине (режим ЦДК): 2 сосуда/ 3 сосуда
Желточный мешок: визуализируется d _ мм. / не визуализируется
Особенности строения стенок матки и придатков матки: без особенностей
Особенности строения придатков:
Визуализация: удовлетворительная/ затруднена из-за
Эхокамера:
Трансдьюсер _ MHz.
Заключение: Беременность нед. дн.

Врач: подпись/ Ф.И.О.

Протокол скринингового ультразвукового исследования в 18 -20 недель беременности

Дата исследования:

Ф.И.О: Дата рождения:

возраст:

Первый день последней менструации: срок беременности: нед. дней

По 1 УЗИ:

В полости матки визуализируется 1 живой плод в головном/тазовом предлежании.

С/б: «+» ритмичное/ отсутствует.

Фетометрия	Мм	Соответствует сроку	Фетометрия	Левая	Правая	Соответствует сроку
Бипариентальный размер			Длина костей бедра			
Лобно-затылочный размер			Длина костей голени			
Окружность головы			Длина костей плеча			
Окружность живота			Длина костей предплечья			

Масса плода: гр.

Анатомия плода:

Кости свода черепа	не изменены	Толщина Преназальных тканей (ТПТ)	мм норма	Срез через дугу A_0	Не изменен
Форма головы	правильная	ТПТ/ДНК	норма	Тотальный аномальный дренаж легочных вен	Не выявлен
М - эхо	не изменено	Глазницы Хрусталики	не изменены	Желудок	Не изменен
Четверохолмие	не изменено	Носогубный треугольник		Желчный пузырь	Не изменен
Боковые желудочки мозга	Правый мм N	Позвоночник	не изменен	Кишечник	Не изменен
	Левый мм N				
Полость прозрачной перегородки	мм не изменена	Легкие	не изменен	Анус	визуализируется

Сильвиева борозда	мм норма	4-х камерный срез сердца	не изменены	Почки	Не изменены
Мозжечок: поперечный диаметр	мм норма	Срез через 3 сосуда и трахею	не изменен	Мочевой пузырь	Не изменен
Большая цистерна	мм норма	Выходной тракт левого желудочка	не изменен	Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке	не изменено
Профиль	не изменен	Выходной тракт правого желудочка	не изменен	Кисти/Стопы	Не изменены
Кости носа (ДНК)	Норма мм				

Преимущественная локализация плаценты: передняя стенка/ задняя стенка/ правая боковая стенка /левая боковая стенка/в дне на см. выше внутреннего зева. Толщина плаценты: нормальная. Структура плаценты: не изменена.
Место прикрепления пуповины к плаценте: не изменено/ краевое/ оболочечное/ расщепленное
Кол-во околоплодных вод: нормальное/ многоводие/ маловодие. Пуповина имеет (2/3) сосуда.
Стенки матки: без особенностей. Внутренний зев: сомкнут/ расширен до мм.
Длина цервикального канала: мм.
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: данных не обнаружено.
Эхокамера: Трансдьюсер _ MHz.

Заключение: Беременность нед. Темп роста плода правильный.

Врач: подпись/ Ф.И.О.

Протокол скринингового ультразвукового исследования в 30 - 34 недели беременности

Дата исследования:
Ф.И.О Дата рождения: возраст:
Первый день последней менструации: Срок беременности: нед
Предполагаемая дата родов:
По 1 УЗИ: По 2 УЗИ:
Кол-во плодов: С/б: ритмичное/аритмичное.
Положение: продольное/поперечное/косое.
Предлежание: головное/ тазовое / голова справа/ голова слева

Фетометрия	Мм	Соответствует сроку
БПР ОГ		
ОЖ		
ДБ		

ПМП:
Анатомия плода:

Кости свода черепа	не изменены	Профиль	не изменен	Мочевой пузырь	не изменен
Форма головы	правильная	Носогубный треугольник	не изменен	Почки	не изменены
М - эхо	не изменено	Глазницы	не изменены	Передняя брюшная стенка	не изменена
Четверохолмие	не изменено	Хрусталики	не изменены	Позвоночник	не изменен
Сильвиева борозда	не изменена	Легкие	не изменены	4-х камерный срез сердца	не изменен
Полость прозрачной перегородки	не изменена	Желудок	не изменен	Срез через 3 сосуда	не изменен
Боковые желудочки	не изменены	Кишечник	не изменен	Выходной тракт левого желудочка	не изменен
Мозжечок	не изменен	Анус	не изменен	Выходной тракт правого желудочка	не изменен
Большая цистерна	не изменена	Желчный пузырь	не изменен	Срез через дугу аорты	не изменен
				Тотальный аномальный дренаж легочных вен	не выявлен

Плацента локализация: передняя стенка/ задняя стенка/ правая боковая стенка /левая боковая стенка/в дне, на _____см выше внутреннего зева, область внутреннего зева
Степень зрелости: 0/ I/II/ III.
Толщина плаценты: нормальная, уменьшена/ увеличена до_____ мм
Количество околоплодных вод: нормальное.Многоводие/маловодие:
ИАЖ_____см.
ДОППЛЕРОМЕТРИЯ
ПИ в артерии пуповины: _____
ПИ правой маточной артерии_____
ПИ левой маточной артерии_____

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: не обнаружены_____
Стенки матки:
ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная/затруднена

Эхокамера: Трансдьюсер _ MHz.

Заключение: Бер-ть _ нед. Темп роста плода (правильный/ снижен в пределах индивидуальных колебаний /снижен/).

РЕКОМЕНДАЦИИ: _____

Врач: подпись/ Ф.И.О.».

Приложение 3
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области

от 25 июня 2019 № 48-спр

«Приложение 4[1] к Положению о порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области

Диагностика замедлений роста плода

В настоящее время плодами с замедлением роста (ЗРП) принято считать только тех, у которых наряду с несоответствием размеров сроку беременности регистрируются нарушения кровотока.



При ЗРП **до 32недель беременности**, родоразрешение следует осуществлять для предотвращения антенатальной гибели плода и более лучшего прогноза психомоторного развития при аномальных КСК в венозном протоке (ранние изменения – ПИ выше 95-го процентиля, поздние изменения – отсутствие диастолы) вне зависимости от степени тяжести нарушений КСК в артериях пуповины при снижении STV меньше или равно 3,5мс в 26-29 недель и меньше или равно 4,0мс – 29-32 недели беременности при записи КТГ в течение часа. При снижении STV меньше или равно 2,6 мс

в сроки до 29 недель и меньше или равно 3,0 мс после 29 недель беременности прогноз существенно ухудшается.

При ЗРП **после 32 недель беременности:** выраженные изменения КСК в артериях пуповины, сопровождающиеся изменением ЦПО и аномальными КСК в венозном протоке (ранние изменения – ПИ выше 95 процентиля, поздние изменения – отсутствие диастолы) или патологические типы автоматического анализа КТГ (повторяющиеся децелерации, снижение кратковременной вариабельности (STV) меньше или равно 3,5 мс). Выявленные изменения должны быть подтверждены в течение 24 часов.».

Приложение 4
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области

от 25 июня 2019 г. № 48-спр

«Приложение 4[2] к Положению о порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка в Иркутской области

Рекомендации по архивированию ультразвуковых исследований в кабинетах пренатальной диагностики

1 скрининг:

Сагитальный срез для измерения КТР (фото).

Срез через полость промежуточного паруса с измерением БПР (фото).

Структуры головного мозга: таламус, ножки мозга, серп мозга, сосудистые сплетения (видеопетля).

Лицевые структуры: глазницы, хрусталики, альвеолярная дуга (видеопетля).

Среднесагитальный срез головы с измерением ТВП, НК и 4-го желудочка (фото).

Сердце: 4 камеры в В-режиме и с ЦДК и V-образный срез (видеопетля).

Окружность живота с желудком и обязательно измерение (фото).

Мочевой пузырь с двумя пупочными артериями и пупочное кольцо (видеопетля).

Сагитальный срез на уровне живота - венозный проток с измерением пульсационного индекса (фото).

Органы брюшной полости и забрюшинного пространства (видеопетля).

Бедренная кость с измерением длины (фото).

Позвоночник: в трех проекциях (видеопетля).

Верхние конечности - три сегмента (видеопетля).

Нижние конечности – три сегмента (видеопетля).

Хорион с местом инсерции пуповины (фото).

Шейка матки (фото).

2 скрининг:

Трансталамический срез с измерением БПР, ЛЗР, окружности головы и Сильвиевой борозды (фото).

Трансцелебелярный срез с измерением мозжечка и большой цистерны (фото).

Трансвентрикулярный срез с измерением преддверья задних рогов боковых желудочков (фото).

Сагитальный срез головы с измерением носовой кости (фото).

Лицевые структуры: глазницы, хрусталики, носогубный треугольник, альвеолярная дуга (видеопетля).

3/4Д реконструкция лицевых структур (опционально).

Сердце: 4 камеры, выводные протоки, три сосуда, легочные вены, дуга аорты в В-режиме и с ЦДК в кардиорежиме обязательно (2 видеопетли).

Определение ситуса (видеопетля).

Окружность живота с измерением (фото).

Почки с почечными артериями (видеопетля).

Портальный синус и желчный пузырь (видеопетля).

Мочевой пузырь с двумя пупочными артериями и пупочное кольцо (видеопетля).

Наружные половые органы (фото или видеопетля).

Бедренная кость с измерением (фото).

Кости голени (большеберцовая и малоберцовая кости) с двух сторон (видеопетля) с фиксированием длины голени (фото).

Установка стоп (видеопетля).

Верхние конечности – три сегмента с двух сторон с фиксированием лучевой и локтевой костей в ОБЯЗАТЕЛЬНОМ порядке (видеопетля).

Плечевая кость с измерением (фото).

Предплечье с измерением (фото).

Позвоночник в трех проекциях или объемная реконструкция (видеопетля).

Длина цервикального канала, осмотр ТОЛЬКО полостным датчиком (фото) и оценка предлежания сосудов пуповины к внутреннему зеву (видеопетля).

Плацента с местом инсерции пуповины (фото).

Оценка расстояния от внутреннего зева до нижнего края плаценты (видеопетля).

3 скрининг:

Трансталамический срез с измерением БПР и окружности головы (фото).

Структуры головного мозга: таламус, ножки мозга, серп мозга, полость прозрачной перегородки, сосудистые сплетения, мозжечок, червь мозжечка, ретроцеребелярное пространство (видеопетля).

Лицевые структуры: глазницы, хрусталики, носогубный треугольник, альвеолярная дуга (видеопетля).

Сердце: 4 камеры, выводные протоки, три сосуда, легочные вены, дуга аорты в В-режиме и с ЦДК в кардиорежиме обязательно (2 видеопетли).

Определение ситуса (видеопетля).

Органы брюшной полости и забрюшинного пространства (видеопетля).

Окружность живота с измерением (фото).

Бедренная кость с измерением (фото).

Верхние конечности - три сегмента (видеопетля).

Нижние конечности – три сегмента (видеопетля).

Индекс амниотических вод или максимальный карман (фото).

Измерением пульсационного индекса маточных артерий (2 фото).

Измерением пульсационного индекса пупочной артерии (фото).

Позвоночник в трех проекциях или объемная реконструкция (видеопетля).

Плацента и оценка расстояния до внутреннего зева (видеопетля).

При осмотре плодов с SGA (маловесный плод) и IUGR (задержка роста плода):

Измерение пульсационного индекса СМА (фото).

Измерение пульсационного индекса венозного протока (фото).

При осмотре многоплодной беременности добавляется:

Дихориальная:

пульсационный индекс СМА и венозный проток (фото) при синдроме селективной задержки роста плода;

в первом скрининге обязательная фиксация лямбда-признака (фото и видеопетля) и документальным подтверждением к протоколу исследования.

Монохориальная:

пульсационный индекс СМА и венозный проток (фото);

в первом скрининге обязательная фиксация Т-признака (фото и видеопетля) и документальным подтверждением к протоколу исследования.».

Приложение 5
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области

от 25 июня 2019 № 48-спр

«Приложение 1[1] к Положению о порядке проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка в Иркутской области

ПОРЯДОК
ВЕРИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

1. В случаях искусственного прерывания беременности до 22 недель по медицинским показаниям при летальных и некоррегируемых нарушениях развития ребенка на основании заключения областного перинатального консилиума обязательно проводится патологоанатомическое исследование.

2. После проведения прерывания беременности по медицинским показаниям врач-акушер-гинеколог оформляет направление на патологоанатомическое вскрытие плода, в котором указывает фамилию, имя, отчество матери, дату рождения плода, описывает показания к прерыванию беременности, заключение консилиума, клинический диагноз по МКБ-10.

Пример: О28.5 Хромосомные или генетические аномалии, выявленные при антенатальном обследовании матери.

Состояние после операции прерывания беременности от (дата). Множественные врожденные пороки развития – множественный врожденный артрогрипоз, гипоплазия грудной клетки, врожденный порок сердца. Микрогнатия, многоводие.

3. Плоды с врожденными пороками развития, диагностированными пренатально в сроке беременности до 22 недель и массой менее 500 грамм, подлежат обязательному вскрытию с оформлением протокола патологоанатомического исследования.

4. Из медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, плод и плацента направляются на исследование в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутское областное патологоанатомическое бюро» (г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100).

5. Доставка всех плодов с врожденными пороками развития осуществляется с соблюдением правил транспортировки.

Порядок доставки плодного материала в государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутское областное патологоанатомическое бюро»

6. На патологоанатомическое исследование направляются плоды вместе с плацентой.

7. Плоды с выявленными пренатально пороками развития в сроке беременности до 22 недель доставляются в соответствии с правилами транспортировки плодного материала не позднее 2 дней после прерывания беременности и со следующими сопровождающими документами:

направлением из гинекологического отделения, где производилось прерывание беременности (форма в приложении);

ксерокопией заключения перинатального консилиума;

ксерокопией протокола экспертного ультразвукового исследования.

8. Плодный материал доставляется в посуде с широким горлышком в 10% растворе формалина.

9. Для верификации врожденных пороков развития плод и плацента в результате прерывания беременности должны оставаться целыми (не должны быть фрагментированы).

10. Ответственность за соблюдение правил доставки несут заведующие гинекологическими отделениями медицинских организаций, где производилось прерывание беременности.

Порядок выдачи результатов патологоанатомического заключения на плодов с пренатально выявленными пороками развития

11. При патологоанатомическом исследовании врач-патологоанатом:

изучает присланную документацию;

проводит патологоанатомическое исследование плода путем внешнего осмотра, с вскрытием полостей тела, определением топографии и анатомии внутренних органов, морфометрией внутренних органов;

производит взятие аутопсийного материала на микроскопическое исследование;

оформляет протокол вскрытия, формулирует патологоанатомический диагноз.

Пример: МКБ-10 Q89.7 Множественные врожденные аномалии, не классифицированные в других рубриках.

Основное заболевание: Множественные врожденные пороки развития плода (Q89.7): множественный врождённый артрогрипоз, гипоплазия грудной клетки, гидроперикард, анасарка. Прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке беременности _____недель (дата проведения консилиума).

Патология плаценты: Умеренно выраженные компенсаторные процессы плаценты (О 60).

12. После проведения патологоанатомического исследования и заполнения протокола заключение выдается в двух экземплярах:

один экземпляр выдается сотруднику Областного перинатального центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» – секретарю перинатального консилиума;

второй экземпляр выдается работнику медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области, в котором проводилось прерывание беременности.

НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКУЮ ВЕРИФИКАЦИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ ДО 22 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

Направляется плод и плацента (ненужное зачеркнуть)
Наименование и адрес МО (место прерывания беременности с указанием города)
_____
_____
Ф.И.О. и дата рождения матери _____
_____
Место проживания матери во время беременности _____
_____
Дата прерывания беременности _____
Метод прерывания беременности _____
Исходы предыдущих беременностей _____
Пол плода: мужской женский неопределенный неизвестен
Масса плода: _____
Рост плода: _____
Близнецовость: да нет
Заключительный клинический диагноз: код МКБ-10
_____
_____
_____
Приложение:
1. Копия заключения экспертного УЗИ ОПЦ ГБУЗ «ИОКБ» с описанием выявленных врожденных пороков развития;
2. Копия заключения перинатального консилиума с рекомендациями.».

Приложение 6
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 25 января 2019 г. № 48-спр.
«Приложение 2 к Положению о порядке проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка в Иркутской области

Уведомление о рождении ребенка с врожденными пороками развития или хромосомной патологией плода

_____ .

(наименование медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Иркутской области)

Ф И О ребенка:_____ _____ _____ Дата рождения ребенка или элиминации плода: (Нужное подчеркнуть) _____ Дата смерти_____ Масса тела ребенка при рождении_____	Место проживания матери во время беременности: обл._____ район_____ город (пос., село, деревня)_____ _____ Место рождения ребенка: Наименование учреждения_____ _____ обл._____ район_____ город (пос., село, деревня)_____
Ф.И.О. матери _____ _____ _____ возраст матери _____ номер родов матери_____	

Состояние при рождении: живорожденный_____мертворожденный_____
Пол ребенка: М_____ Ж_____ интерсекс _____ неизвестен_____
Близнецовость: да _____ нет_____
Выписан (переведен): домой_____ в больницу (указать) _____
жив_____ умер_____

Направление на аутопсию: да _____ нет_____
Срок беременности при выявлении порока (недель):_____
Проведено исследование:
-УЗИ (сроки и результаты)_____
_____
-Хорионобиопсия (сроки и результаты)_____
-Амниоцентез (сроки и результаты)_____

Описание фенотипа (при рождении **или подробное по данным аутопсии**):_____
_____
_____
_____
Диагноз:_____
_____
Врач /Ф. И.О./ Контактный телефон:

На все случаи рождения детей врожденных пороков развития в родовспомогательных и детских медицинских организаций области заполняется экстренное извещение, которое ежемесячно, но не позднее 5 числа, следующего за отчетным периодом, направляется в медико-генетическую консультацию областного перинатального центра государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» (ОПЦ ГБУЗ «ИОКБ»).».

Приложение 7
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области
от 26 января № 48-мпр
2019 г.
«Приложение 3 к Положению о порядке проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка в Иркутской области

ПОРЯДОК
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХРОМОСОМНУЮ ПАТОЛОГИЮ ПЛОДА

1. При рождении ребенка с подозрением на синдром Дауна и другие хромосомные аномалии в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, для подтверждения диагноза необходимо доставить образец крови ребенка с гепарином в цитогенетическую лабораторию медико-генетической консультации Областного перинатального центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» (ОПЦ ГБУЗ «ИОКБ»).

2. Доставку крови необходимо осуществить строго в течение первой недели жизни в соответствии с правилами доставки, с направлением установленного образца и заполненным извещением о рождении ребенка с ВПР.

Правила забора и доставки образца крови

3. 1-2 мл крови ребенка собирают в пробирку для исследования плазмы (с гепарином). Содержимое пробирки необходимо перемешать, плавно переворачивая пробирку 3-4 раза, пробирку подписать.

4. Кровь доставляют в термоконтейнере с температурным режимом 2 - 8 градусов Цельсия курьером в медико-генетическую консультацию ОПЦ ГБУЗ «ИОКБ» не позже чем через 6 часов после взятия, в рабочие дни до 15 часов.

5. Вместе с кровью необходимо доставить правильно заполненное направление.

НАПРАВЛЕНИЕ
НА КАРИОТИП КРОВИ РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ
НА ХРОМОСОМНУЮ ПАТОЛОГИЮ

1. Фамилия, имя, отчество ребенка
_____

Дата рождения
ребенка_____

Место
рождения_____

2. Фамилия, имя, отчество матери _____

Дата рождения
матери_____

3. Адрес проживания семьи:
Город _____

Улица _____

Дом _____ Кв. _____телефон: _____

4. Комплекс пренатальной диагностики I триместра пройден: _____

Где? _____

5. Комплекс пренатальной диагностики 1 триместра не пройден (подчеркнуть)

6. Наличие врожденных пороков развития **у ребенка при рождении** **(указать каких)**

_____
_____

МО, направившая на кариотип _____

Ф.И.О. врача, направившего на кариотип, **контактный телефон**: _____

_____

Дата забора материала _____ Подпись врача _____ ».

Приложение 8
к приказу министерства здравоохранения Иркутской области

от 25 января № 48-спр
2019 г.

«Приложение 4 к Положению о порядке проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка в Иркутской области

Методические рекомендации

по искусственному прерыванию беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода

1. При выявлении методами пренатальной диагностики врожденных синдромов и/или аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни проводится перинатальный консилиум. Состав перинатального консилиума утвержден распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области от 28 сентября 2018 года № 2403-мр «Об утверждении состава пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка на территории Иркутской области».

2. В случае добровольного информированного согласия беременной женщины и заключения перинатального консилиума пациентка направляется: при сроке беременности до 22 недель – в гинекологические отделения медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Иркутской области, в соответствии с распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области от 10 октября 2018 года № 2450-мр «О совершенствовании оказания акушерско-гинекологической помощи в Иркутской области».

3. Для исключения противопоказаний и определения метода искусственного прерывания беременности проводится заседание врачебной комиссии (далее - ВК).

4. ВК определяет метод искусственного прерывания беременности и в случае назначения лекарственных препаратов при сроках беременности, не указанных в инструкциях к препаратам, отражает это назначение в заключении. Заключение ВК является обязательной частью истории болезни.

Протокол заседания и заключение ВК заносятся в «Журнал учета клинико-экспертной работы» учетная форма № 035/у-02.

5. Обследование перед проведением искусственного прерывания беременности включает:

общий (клинический) анализ крови развернутый;

анализ крови биохимический;

коагулограмма;

определение антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови;

определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту C в крови;

определение антител к бледной трепонеме в крови;

определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности;

микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов;

УЗИ плода/плодов, матки и придатков;

регистрация электрокардиограммы и консультация врача-терапевта;

консультации специалистов при наличии соматических заболеваний.

6. Методы прерывания беременности:

а) медикаментозный метод с использованием лекарственных средств, зарегистрированных на территории Российской Федерации: Мифепристон, таблетки 200 мг и Мизопростол, таблетки 200 мкг;

б) гистеротомия.

7. Алгоритм комбинированного медикаментозного искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям:

а) при сроке беременности 12-21 недели и 6 дней.

1 день.

Оценка акушерской ситуации.

Мифепристон 200 мг перорально однократно.

Интрацервикальное введение осмотических дилататоров.

2 день.

Прием Мизопростола 800 мкг вагинально однократно.

Если родовая деятельность в течение 4-х часов не развилась – повторный прием мизопростола по 400 мкг вагинально или под язык каждые 3 часа до прерывания беременности.

Если после 24 часов аборт не происходит, прием мифепристона повторить, а через 12 часов – мизопростол повторными дозами.

При кесаревом сечении в анамнезе дозу мизопростола следует уменьшить в 2 раза.

Для прерывания беременности в течение одного дня (18 часов) при сроках 12 до 21 недель 6 дней и более применяется схема:

Мифепристон 200 мг, через 12 часов – интрацервикальное введение гигроскопического расширителя шейки матки Дилапан С (от 1 до 4 стержней), и далее через 12 часов – мизопростол 400 мкг сублингвально и интервалом 4 часа трижды или 800 мкг вагинально однократно.

С развитием регулярных маточных сокращений целесообразно применение эпидуральной анальгезии. Амниотомия производится после

вступления в активную фазу (при раскрытии маточного зева 3 см и более).

Гистеротомия. Проводится при:

предлежании плаценты;

отслойке нормально расположенной плаценты;

тяжелой преэклампсии и отсутствие условий для влагалищного прерывания беременности;

невозможности родоразрешения через естественные родовые пути из-за грубого порока развития мочеполовой системы у женщины;

при противопоказаниях к использованию других методов прерывания беременности.

Необходимость сопутствующей стерилизации не является показанием для выполнения подобной операции;

б) прерывание беременности при наличии многоплодия.

Прерывание беременности при многоплодии показано только при выявлении у обоих плодов врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью или сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для их жизни и здоровья. Во всех других случаях необходимо обсуждать возможность селективной остановки сердечной деятельности аномально развивающегося плода.

При многоплодной беременности основой для принятия адекватного решения по ее ведению является однозначное установление типа хориальности.

При гетерохориальном гетероамниотическом многоплодии ввиду наличия независимых друг от друга систем гемоциркуляции плодов возможно проведение остановки сердечной деятельности аномального плода, по методикам, применяемым для этой цели перед прерыванием беременности по медицинским показаниям при одноплодной беременности. Оптимальным является выполнение селективной редукции числа плодов до срока беременности 18 недель путем интракардиального (интраторакального) введения 10% КС1 в объеме 1-4 мл. В последующие сроки беременности оптимальным является выполнение кордоцентеза с применением лидокаина, а при сроке беременности 22 и более недель и обезболиванием плода фентанилом.

При монохориальном многоплодии всегда имеет место наличие сосудистых анастомозов в плаценте между системами циркуляции плодов. Ввиду этого до извлечения здорового плода применение медикаментозных средств в целях прекращения сердечной деятельности аномально развитого плода противопоказано.

8. Возможные осложнения и побочные эффекты медикаментов при прерывании беременности и способы их устранения.

Наиболее типичными являются два побочных эффекта – боль (связана со спастическим сокращением матки) и вагинальное кровотечение.

Озноб, температура. Мизопростол иногда вызывает повышение

температуры, высокая температура обычно держится не более 2 часов. Воспаление матки/органов малого таза при медикаментозном аборте наблюдается редко, но если температура держится в течение нескольких дней или появляется через несколько дней после приема простагландина, то это может указывать на наличие инфекции. Необходимо проинструктировать пациентку относительно того, что ей следует позвонить в клинику, если высокая температура держится более 4 часов или появляется позже, чем через сутки после приема мизопростола.

Тошнота, рвота. Тошнота наблюдается приблизительно у четверти женщин, а рвота - менее чем у 15% пациенток. Эти симптомы, как правило, связаны приемом препаратов, вызывающих маточные сокращения. Эти симптомы могут появиться или усугубиться после приема мифепристона и, как правило, проходят через несколько часов после приема мизопростола.

При возникновении рвоты ранее, чем через 1 час после приема мифепристона, прием препарата следует повторить в той же дозе.

Головокружения, обмороки. Эти симптомы наблюдаются менее, чем у четверти женщин. Они, как правило, проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически.

Диарея. Быстропроходящая диарея отмечается после приема мизопростола менее чем у четверти женщин.

Аллергические реакции. В редких случаях после приема мифепристона отмечается аллергическая реакция в виде кожной сыпи, в связи с чем необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках.

Кровотечение. Избыточная кровопотеря (более 500 мл) может возникнуть вследствие травмирования матки или шейки, неполного завершения процедуры или недостаточного сокращения матки после удаления плода. Риск кровотечения растет с увеличением срока беременности.

Подходы к снижению кровопотери включают применение препаратов, стимулирующих сокращение матки. Окситоцин (0,5-1,0 мл) может вводиться внутримышечно или внутривенно.

Перфорация матки. Для устранения этого осложнения, как правило, требуется лапаротомия (в крайних случаях - гистерэктомия). Кроме того, для его профилактики важно достаточное расширение шейки матки и внимательное наблюдение за правильным положением инструментов, вне зависимости от того, используется ультразвук или нет. Недооценка срока беременности также связана с возможностью перфорации, поэтому необходимо точное определение срока гестации.

Инфекции органов малого таза. Профилактический прием антибиотиков при выполнении хирургического аборта способствует значительному снижению относительного риска инфекции. Использование технологии «неприкасания» (бесконтактная методика), при которой

обеспечивается полное отсутствие контакта инструментов с нестерильными поверхностями перед введением в матку, осмотр удаленных тканей с целью уточнения полного удаления и рутинное назначение антибиотиков – меры, используемые для профилактики инфекционных осложнений.

Осложнения анестезиологического пособия. Уровень серьезных осложнений оценивается как 0,72 на 100 абортов при общей анестезии и 0,31 на 100 абортов при местной анестезии.

9. Алгоритм ведения пациенток после завершения прерывания беременности по медицинским показаниям.

Профилактика кровотечения проводится по стандартному алгоритму ведения. При отсутствии кровотечения и/или ультразвуковых или клинических признаков задержки частей последа внутриматочные вмешательства (инструментальное выскабливание, пальцевое или ручное обследование полости матки) не показаны.

При задержке последа в полости матки более 30 минут после экспульсии плода возможно применение мизопростола.

При наличии у пациентки резус-отрицательной крови без титра антирезусных антител и резус-положительной или неизвестной группы крови плода вводится в течение 72 часов после завершения беременности антирезусный иммуноглобулин в соответствии с инструкцией к препарату.

Крайне важным является психологическое сопровождение пациентки на всех этапах нахождения в медицинском учреждении.

При наличии показаний к антибактериальной терапии целесообразно назначение препаратов широкого спектра действия.

Непосредственно после проведения прерывания беременности показано подавление лактации.

Перед выпиской после искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендаций о режиме, гигиенических мероприятиях, а также выбору планового метода контрацепции с целью предупреждения нежелательной беременности, по прегравидарной подготовке и вынашивания последующей беременности.

10. Требования к медицинскому работнику и медицинскому учреждению для проведения прерывания беременности в поздние сроки.

Медицинский персонал должен состоять из квалифицированных консультантов и врачей/медицинских работников, которые смогут определить, показан ли данный метод женщине, убедиться в успешности проведения процедуры, оказать ей неотложную медицинскую помощь, для которой может потребоваться: операционная с оборудованием для выполнения кюретажа; операционный инструментарий; наркозно-дыхательная аппаратура.

Медицинские работники должны уметь определять срок беременности

на основании соответствующего анамнеза и результатов медицинского обследования.

Медицинские работники, должны быть хорошо осведомлены о применяемых препаратах, а также о методах прерывания беременности.

11. После проведения прерывания беременности по медицинским показаниям врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения:

а) оформляет направление на патологоанатомическое вскрытие плода со сроком гестации менее 22 недель и массой менее 500 г (приказ Минздрава России от 06 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий») в которых указывает следующие сведения: фамилию, имя, отчество матери, дату рождения плода, дату проведения операции прерывания беременности, с описанием показаний к прерыванию беременности, заключения консилиума и окончательного клинического диагноза с указанием кода МКБ 10,

б) направляет плод на патологоанатомическое вскрытие с оформленной медицинской документацией (приказ Минздрава России от 6 июня 2013 г. №354н).

Пример 1. *Заключительный клинический диагноз:* код по МКБ-10: О28.5 Хромосомные или генетические аномалии, выявленные при антенатальном обследовании матери.

Состояние после операции прерывания беременности от (дата). Множественные врождённые пороки развития – множественный врожденный артрогрипоз, гипоплазия грудной клетки, врождённый порок сердца – гидроперикард, кардиомегалия, умеренно выраженный отек подкожно-жировой клетчатки (туловища), микрогнатия, многоводие. Анасарка.

Информированное согласие пациента
на прерывание беременности

Я, _____

Фамилия, имя, отчество

подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена, что хочу прервать беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так хирургическим и комбинированным методом. Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препаратов мифепристон и мизопростол.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сути метода прерывания беременности;
- о том, что в процессе аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные;
- аборт сопровождается кровяными выделениями из половых путей, которые могут быть сильнее, чем во время обычной менструации;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в течение времени, пока аборт не завершится, в соответствии с назначением лечащего врача.

Мне даны разъяснения:

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норма и правил в 2-5 % случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путем;
- о возможной необходимости приема дополнительных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием моего лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении;
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я, _____

Фамилия, имя, отчество печатными буквами

хочу прервать беременность медикаментозным способом. Я прочитала и понимаю все, о чем говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, куда я могу обратиться в случае, если мне понадобиться неотложная помощь.

Пациент _____ _____

Фамилия, имя, отчество *Подпись*

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач _____ _____

Фамилия, имя, отчество *Подпись*

Дата

Добровольное информированное согласие гражданина
на применение терапии препаратом «вне инструкции» («off-label)

Я, _____

фамилия, имя, отчество пациента

получила от лечащего врача _____

фамилия, имя, отчество врача

сведение о препарате _____,

наименование препарата

а также подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати;
- ранее назначенная мне терапия не была в достаточной мере эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и следующих побочных эффектов: _____
- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата _____, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении мне.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Я имела возможность ознакомиться с решением Консилиума (врачебной комиссии) о целесообразности проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Я, _____

(*фамилия, имя, отчество пациента*)

с применением вышеуказанным лекарственным препаратом _____

прописью «согласна»/«не согласна»

_____

подпись с расшифровкой

Я, врач _____

(*фамилия, имя, отчество лечащего врача*)

свидетельствую, что разъяснил (-а) пациентке суть, риск и альтернативу введения лекарственного препарата, дал (-а) ответы на все вопросы.

Врач _____

подпись врача

Дата «_____» _____20____г.

Противопоказания к применению препаратов для медикаментозного прерывания беременности

	Мифепристон (Антигестаген)	**Мизопростол (Простагландин Е1)**
Сердечно-сосудистая система	С осторожностью при артериальной гипертензии, нарушениях ритма сердца, сердечной недостаточности	Сердечно-сосудистые заболевания. Артериальная гипертензия.
Дыхательная система	Бронхиальная астма тяжелой формы. С осторожностью при бронхиальной астме.	Бронхиальная астма
Кроветворная система	Нарушения гемостаза, в т.ч. предшествующее лечение антикоагулянтами. Анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л)	Анемия
Эндокринная система	Надпочечниковая недостаточность; длительная терапия глюкокортикоидами; порфирия; кахексия	Заболевания, связанные с простагландиновой зависимостью. Эндокринопатии и заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет, дисфункция надпочечников. Гормонально-зависимые опухоли.
ЖКТ	Печеночная недостаточность	Заболевания печени
Нервная система	-	-
Мочевыделительная система	Почечная недостаточность	Заболевания почек
Органы зрения	-	Глаукома
Акушерские противопоказания	Подозрение на внематочную беременность. Миома матки больших размеров Острые воспалительные заболевания женских половых органов	Подозрение на внематочную беременность. Период лактации (грудное вскармливание прекратить на 5 дней).

».