

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

20.03.2026 № 4
Санкт-Петербург

Об организации оказания медицинской помощи
женщинам в период беременности, родов и
послеродовой период в Ленинградской области

В целях обеспечения доступности и улучшения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям в условиях трехуровневой системы оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи, снижения уровня материнской и неонатальной смертности, достижения показателей национальных проектов и во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 декабря 2025 года № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее — Порядок) в медицинских организациях Ленинградской области приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Перечень медицинских организаций Ленинградской области, оказывающих медицинскую помощь женщинам по профилю «акушерство и гинекология» в период беременности, родов и в послеродовой период с маршрутизацией в случае возникновения осложнений в период беременности, родов и послеродовой период, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

1.2. Положение об оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в Ленинградской области согласно приложению 2 к настоящему приказу;

1.3. Базовый спектр обследования беременных согласно приложению 3 к настоящему приказу;

1.4. Базовый спектр обследования и наблюдения в родах и в послеродовом/периоперационном периоде согласно приложению 4 к настоящему приказу.

1.5. Положение о подкомиссии перинатального консилиума по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией согласно приложению 5 к настоящему приказу.

2. Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Ленинградской области «Станция скорой медицинской помощи» (далее — ГБУЗ ЛО «ССМП») организовать медицинскую эвакуацию беременных, рожениц и родильниц при неотложных состояниях в соответствии с нормами действующего законодательства, исходя из тяжести состояния пациентки, минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинских

Государственный регистрационный номер:	4
Дата государственной регистрации:	20.03.2026

организаций, указанных в Приложении 1 к настоящему приказу, и профиля медицинской помощи.

3. Главным врачам медицинских организаций, указанных в Приложении 1 к настоящему приказу, обеспечить:

3.1. Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Незамедлительное информирование акушерского дистанционного консультативного центра ГБУЗ Ленинградского областного перинатального центра (далее – АДКЦ ГБУЗ ЛОПЦ) о случаях материнских смертей, карантинных мероприятиях, а также о женщинах с угрожающими жизни заболеваниями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода, с целью определения этапности оказания медицинской помощи.

4. ГБУЗ ЛОПЦ организовать:

4.1. Определение этапности оказания медицинской помощи женщинам с угрожающими жизни заболеваниями, осложнившими течение беременности, родов и послеродового периода;

4.2. Мониторинг критических и угрожающих жизни состояний, возникших у женщин в период беременности, родов и в послеродовой период;

4.3. Работу перинатального консилиума совместно с заместителем главного врача и заведующим Центром охраны здоровья семьи и репродукции ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы (далее – ГБУЗ ЛОКБ);

5. Признать утратившими силу приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 28 августа 2024 года № 12 «Об организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период в Ленинградской области».

6. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета Вальденберга А.В.

И.о. председателя комитета



А.В. Вальденберг

Утвержден
приказом Комитета по
здравоохранению
Ленинградской области
от 20.03. 2026 г. № 4
(Приложение 1)

**Перечень медицинских организаций Ленинградской области,
оказывающих медицинскую помощь женщинам по профилю
«акушерство и гинекология» в период беременности, родов
и в послеродовой период с маршрутизацией в случае
возникновения осложнений в период беременности,
родов и послеродовой период**

Медицинская организация, структурные подразделения	Юридическое лицо/структурное подразделение	Адрес медицинской организации (место оказания медицинских услуг)	Структурное подразделение акушерско-гинекологической службы
Первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях*			
Бокситогорский район			
ГБУЗ ЛО "Бокситогорская МБ"	юридическое лицо	г. Бокситогорск, ул. Комсомольская, 28а	женская консультация
Пикалевская городская больница	структурное подразделение	г. Пикалево, ул. Больничная, 19	женская консультация
Ефимовская врачебная амбулатория	структурное подразделение	г.п. Ефимовский, ул. Сенная, 11	кабинет врача акушера-гинеколога
Волховский район			
ГБУЗ ЛО "Волховская МБ"	юридическое лицо	г. Волхов, ул. Авиационная, 42.	женская консультация
Новоладожская городская больница	структурное подразделение	г. Новая Ладога, м/р. Южный, 24	кабинет врача акушера-гинеколога
Сясьстройская районная больница	структурное подразделение	г. Сясьстрой, ул. Петрозаводская, 14	кабинет врача акушера-гинеколога
Пашская участковая больница	структурное подразделение	с. Паша, ул. Советская, 169А	кабинет врача акушера-гинеколога
Негосударственное учреждение здравоохранения "Отделенческая больница на станции Волховстрой"	юридическое лицо	г. Волхов, ул. Воронежская, 1	кабинет врача акушера-гинеколога

открытого акционерного общества "Российские железные дороги"			
Волосовский район			
ГБУЗ ЛО "Волосовская МБ"	юридическое лицо	г. Волосово, ул. Хрустицкого, 76	женская консультация
Бегуницкая врачебная амбулатория	структурное подразделени е	д. Бегуницы, 63а	кабинет врача акушера- гинеколога
Всеволожский район			
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»	юридическое лицо	г. Всеволожск, Колтушское шоссе, 20	женская консультация
Дубровское отделение	структурное подразделени е	г.п.Дубровка, ул.Ленинградская,7	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория пос.Щеглово	структурное подразделени е	п. Щеглово, д.75 кв. 41, 42, 43, 44	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория пос.Романовка	структурное подразделени е	п. Романовка, д. 21, пом. 1-Н	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория пос.Рахья	структурное подразделени е	г.п. Рахья, ул.Строителей, д.13,	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория пос.Заневский пост	структурное подразделени е	г.п. Янино-1, ДОС	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория пос.Разметелево	структурное подразделени е	д. Разметелево, д.1, (кв. 13, 14, 15, 16, 27, 28)	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория села Павлово	структурное подразделени е	с.Павлово, ул. Быкова, д.5, литера Б1.	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория г.Кудрово	структурное подразделени е	г. Кудрово, ул. Областная, д.1	кабинет врача акушера- гинеколога
Амбулатория д.Кальтино	структурное подразделени е	д. Кальтино, Колтушское шоссе 19/1	кабинет врача акушера- гинеколога
Морозовская городская больница	структурное подразделени е	г.п. им. Морозова, ул. Ладожская, 42.	кабинет врача акушера- гинеколога
Краснозвездинская поликлиника	структурное подразделени е	г.п. им. Свердлова, Щербинка, 4.	кабинет врача акушера- гинеколога
ГБУЗ ЛО "Токсовская МБ"	юридическое лицо	г.п. Токсово, ул. Буланова, 18	женская консультация

Амбулатория пос.Бугры	структурное подразделение	п.Бугры, ул. Шоссейная, д.12,	кабинет врача акушера-гинеколога
Амбулатория пос.Мурино	структурное подразделение	г. Мурино, ул. Оборонная, д. 10,	кабинет врача акушера-гинеколога
Кузьмолловская поликлиника	структурное подразделение	г.п.Кузьмолловский, ул. Победы, д.7	кабинет врача акушера-гинеколога
Лесколовская амбулатория	структурное подразделение	д. Лесколово, ул. Красноборская, д. 9а	кабинет врача акушера-гинеколога
Амбулатория Стекланный	структурное подразделение	п. Стекланный, д. 38, литера А	кабинет врача акушера-гинеколога
Вартемягская амбулатория	структурное подразделение	д. Вартемяги, Приозерское шоссе, 54	кабинет врача акушера-гинеколога
Поликлиника «Новое Девяткино»	структурное подразделение	д. Новое Девяткино, ул. Энергетиков, д. 4	кабинет врача акушера-гинеколога
ГБУЗ ЛО "Сертоловская ГБ"	юридическое лицо	г. Сертолово, ул. Школьная, д.7.	кабинет врача акушера-гинеколога поликлиники
Выборгский район			
ГБУЗ ЛО "Выборгская МБ"	юридическое лицо	г.п. Советский, ул. Комсомольская, д.1, литера А	кабинет врача акушера-гинеколога
ГБУЗ ЛО "Выборгский РД"	юридическое лицо	г. Выборг, Ленинградское шоссе, 26	женская консультация
ГБУЗ ЛО "Рощинская МБ"	юридическое лицо	п. Первомайское, ул. Ленина, д. 54, «А».	кабинет врача акушера-гинеколога
ГБУЗ ЛО "Приморская МБ"	юридическое лицо	г. Приморск, Пушкинская аллея, 1	кабинет врача акушера-гинеколога
ГБУЗ ЛО "Светогорская РБ"	юридическое лицо	г. Светогорск, ул. Пограничная, 13	кабинет врача акушера-гинеколога
Каменногорская городская больница	структурное подразделение	г. Каменногорск, Ленинградское шоссе, 117	кабинет врача акушера-гинеколога
Негосударственное учреждение здравоохранения "Узловая больница на	юридическое лицо	г. Выборг, Ленинградское шоссе, 23	кабинет врача акушера-гинеколога

станции Выборг открытого акционерного общества "Российские железные дороги"			
Гатчинский муниципальный округ			
ГБУЗ ЛО "Гатчинская КМБ"	юридическое лицо	г. Гатчина, ул. Ав.Зверевой, д.11	женская консультация
Тайцкая поликлиника	структурное подразделени е	п. Тайцы, ул. Советская, д.13А	кабинет врача акушера- гинеколога
Сиверская районная больница	структурное подразделени е	г.п. Сиверский, ул. Восточная, д. 2, корп.4	кабинет врача акушера- гинеколога
Поликлиника Аэродром	структурное подразделени е	г. Гатчина, бульвар Авиаторов, д.4	кабинет врача акушера- гинеколога
Коммунарская городская поликлиника	структурное подразделени е	г. Коммунар, ул. Строителей, 3	кабинет врача акушера- гинеколога
Районная больница п. Вырица (поликлиника)	структурное подразделени е	г.п. Вырица, пер. Павловский, 6	кабинет врача акушера- гинеколога
Кингисеппский район			
ГБУЗ "Кингисеппская МБ"	юридическое лицо	г. Кингисепп, ул. Большая Советская, 46	женская консультация
Детская поликлиника	структурное подразделени е	г. Кингисепп, Первая линия, 9	кабинет врача акушера- гинеколога
Усть-Лужская участковая больница	структурное подразделени е	п. Усть-Луга, квартал Ленрыба	кабинет врача акушера- гинеколога
Ивангородская городская больница	структурное подразделени е	г. Ивангород, ул. Пасторова, 8	женская консультация
Киришский район			
ГБУЗ ЛО "Киришская КМБ"	юридическое лицо	г. Кириши, ул. Советская, 4	женская консультация
Будогощское отделение	структурное подразделени е	г.п. Будогощь, ул. Боровая,4	кабинет врача акушера- гинеколога
Глажевское отделение	структурное подразделени е	д. Глажево, помещения первого этажа №№ 37- 65, 67, часть помещения № 71, помещение №72	кабинет врача акушера- гинеколога
Пчевжинская врачебная амбулатория	структурное подразделени е	п. Пчевжа, ул. 2-ая Набережная, д.25	кабинет врача акушера- гинеколога
Кировский район			

ГБУЗ ЛО "Кировская КМБ"	юридическое лицо	г. Кировск, ул. Советская, 3	женская консультация
Приладожская врачебная амбулатория	структурное подразделение	г.п. Приладожский, д.26, врачебная амбулатория, лит А, А1	кабинет врача акушера-гинеколога
Назийская районная больница	структурное подразделение	г.п. Назия, ул. Больничная, д. 2	кабинет врача акушера-гинеколога
Мгинская участковая больница	структурное подразделение	г.п. Мга, ул. Спортивная, 1	кабинет врача акушера-гинеколога
Отраденская городская больница	структурное подразделение	г. Отрадное, ул. Гагарина, 3	кабинет врача акушера-гинеколога
Шлиссельбургская городская больница	структурное подразделение	г. Шлиссельбург, Староладожский канал, 26	кабинет врача акушера-гинеколога
Лодейнопольский район			
ГБУЗ ЛО "Лодейнопольская МБ"	юридическое лицо	г. Лодейное Поле, ул. Гагарина, 1	женская консультация
Алеховщинская участковая больница	структурное подразделение	с. Алеховщина, ул. Алеховщинская, 20	кабинет врача акушера-гинеколога
Негосударственное учреждение здравоохранения "Линейная поликлиника на станции Лодейное Поле открытого акционерного общества "Российские железные дороги"	юридическое лицо	г. Лодейное Поле, ул. Свердлова, 6	кабинет врача акушера-гинеколога
Ломоносовский район			
ГБУЗ ЛО "Ломоносовская МБ"	юридическое лицо	г. Ломоносов, ул. Александровская, д. 30	консультативная поликлиника
Большеижорская врачебная амбулатория	структурное подразделение	г.п. Большая Ижора, ул. Приморское шоссе, д. 7А	кабинет врача акушера-гинеколога
Русско-Высоцкая участковая больница	структурное подразделение	с. Русско-Высоцкое, д.21 лит. А	кабинет врача акушера-гинеколога
Заводская врачебная амбулатория	структурное подразделение	д. Горбунки, здание 31	кабинет врача акушера-гинеколога
Лебяженская врачебная амбулатория	структурное подразделение	г.п. Лебяжье, ул. Мира, д.1А	кабинет врача акушера-гинеколога
Лопухинская врачебная	структурное	д. Лопухинка, ул.	кабинет врача

амбулатория	подразделени е	Первомайская, д. 5А	акушера- гинеколога
Виллозская врачебная амбулатория	структурное подразделени е	г.п. Виллози, д.10	кабинет врача акушера- гинеколога
Малокарлинская врачебная амбулатория	структурное подразделени е	д. Малое Карлино, д.4Б	кабинет врача акушера- гинеколога
Лаголовская врачебная амбулатория	структурное подразделени е	д. Лаголово, ул. Садовая, д.12	кабинет врача акушера- гинеколога
Лужский район			
ГБУЗ ЛО "Лужская МБ"	юридическое лицо	г. Луга, пр. Володарского, д.32А	женская консультация
Оредежская участковая больница	структурное подразделени е	п. Оредеж, ул. Комсомола, 6	кабинет врача акушера- гинеколога
Подпорожский район			
ГБУЗ ЛО "Подпорожская МБ"	юридическое лицо	г. Подпорожье, ул. Исакова, 24	женская консультация
Приозерский район			
ГБУЗ ЛО "Приозерская МБ"	юридическое лицо	г. Приозерск, ул. Калинина 35	женская консультация
Сосновская сельская участковая больница	структурное подразделени е	п. Сосново, ул. Зеленая горка, д. 1	кабинет врача акушера- гинеколога
Сланцевский район			
ГБУЗ ЛО "Сланцевская МБ"	юридическое лицо	г. Сланцы, ул. Гагарина, д. 4	женская консультация
Сосновоборский городской округ			
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центральная медико- санитарная часть № 38 Федерального медико- биологического агентства"	юридическое лицо	г. Сосновый Бор, Больничный городок, 3/13	женская консультация
Тихвинский район			
ГБУЗ ЛО "Тихвинская МБ"	юридическое лицо	г. Тихвин, ул. К. Маркса, 6б	женская консультация
Тосненский район			
ГБУЗ ЛО "Тосненская КМБ"	юридическое лицо	г. Тосно, пр. Ленина, 29а	женская консультация
Поликлиника г. Любань	структурное подразделени е	г. Любань, ул. Больничная, д. 10А	кабинет врача акушера- гинеколога

Поликлиника г. Никольское	структурное подразделение	г. Никольское, ул. Школьная, д. 13А2	кабинет врача акушера-гинеколога
Поликлиника г.п. Ульяновка	структурное подразделение	г.п. Ульяновка, ул. Свободная, д.16Е	кабинет врача акушера-гинеколога
Врачебная амбулатория пос. Тельмана	структурное подразделение	п. Тельмана, ул. Красноборская, д.5А	кабинет врача акушера-гинеколога
Врачебная амбулатория г.п. Красный Бор	структурное подразделение	г.п. Красный Бор, ул. Комсомольская, д.27А	кабинет врача акушера-гинеколога
Первичная специализированная медико-санитарная помощь в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь			
для жителей Ленинградской области			
ГБУЗ ЛОКБ	Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д.45	Центр охраны здоровья семьи и репродукции консультативной поликлиники 1: –отд. антенатальной охраны плода –медико-генетическая консультация с лабораторией молекулярно-генетических и цитогенетических исследований –отд. охраны репродуктивного здоровья	
ГБУЗ ЛОПЦ	г. Гатчина, Красносельское ш., д.1а	консультативно-диагностическое отделение	
Специализированная медицинская помощь**			
Первая группа медицинских организаций			
для жителей Бокситогорского района			
ГБУЗ ЛО "Бокситогорская МБ"	г. Бокситогорск, ул. Комсомольская, 23ж	койки патологии беременности, ургентный родильный зал	
для жителей Волосовского района			
ГБУЗ ЛО "Волосовская МБ"	г. Волосово, ул. Хрустицкого, 76	койки патологии беременности, ургентный родильный зал	

для жителей Кингисеппского района		
ГБУЗ ЛО "Кингисеппская МБ"	г. Кингисепп, ул. Воровского, 20	койки патологии беременности, ургентный родильный зал
ГБУЗ ЛО "Сланцевская МБ"	г. Сланцы, ул. Гагарина, 2	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Кировского района		
ГБУЗ ЛО "Кировская КМБ"	г. Кировск, ул. Советская, 3	койки патологии беременности
для жителей Киришского района		
ГБУЗ ЛО "Киришская КМБ"	г. Кириши, ул. Советская, 4	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Лодейнопольского района		
ГБУЗ ЛО "Лодейнопольская МБ"	г. Лодейное Поле, ул. Гагарина, 1	койки патологии беременности, ургентный родильный зал
для жителей Ломоносовского района		
ГБУЗ ЛО "Ломоносовская МБ"	г. Ломоносов, ул. Иликовский пр. 1/3 лит В	койки патологии беременности, ургентный родильный зал
для жителей Лужского района		
ГБУЗ ЛО "Лужская МБ"	г. Луга, Ленинградское шоссе, 7	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Подпорожского района		
ГБУЗ ЛО "Подпорожская МБ"	г. Подпорожье, ул. Исакова, 24	койки патологии беременности, ургентный родильный зал
для жителей Приозерского района		
ГБУЗ ЛО "Приозерская МБ"	г. Приозерск, ул. Калинина, 35	койки патологии беременности, ургентный родильный зал
для жителей Сланцевского района		
ГБУЗ ЛО "Сланцевская МБ"	г. Сланцы, ул. Гагарина, 2	койки патологии беременности, родильное отделение

Вторая группа медицинских организаций		
для жителей Волховского района		
ГБУЗ ЛО "Волховская МБ"	г. Волхов, ул. Авиационная, 42	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Всеволожского района		
ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ"	г. Всеволожск, Колтушское шоссе, 20	койки патологии беременности, родильное отделение
ГБУЗ ЛО "Токсовская МБ"	Всеволожский р-н, г.п. Токсово, ул. Буланова, 18	койки патологии беременности
для жителей Выборгского и Приозерского районов		
ГБУЗ ЛО "Выборгский РД"	г. Выборг, Ленинградское шоссе, 26	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Гатчинского, Волосовского, Сланцевского, Лужского, Кингисеппского, Тосненского, Киришского, Кировского и Ломоносовского районов		
ГБУЗ ЛОПЦ	г. Гатчина, Красносельское ш., д.1а	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Кировского района		
ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ"	г. Всеволожск, Колтушское шоссе, 20	койки патологии беременности, родильное отделение
ГБУЗ ЛОПЦ	г. Гатчина, Красносельское ш., д.1а	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Киришского района		
ГБУЗ ЛОПЦ	г. Гатчина, Красносельское ш., д.1а	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Сосновоборского городского округа		
Федеральное государственное учреждение здравоохранения "Центральная медико-	г. Сосновый Бор, Больничный городок 3/13	койки патологии беременности, родильное отделение

санитарная часть № 38 Федерального медико-биологического агентства"		
для жителей Тихвинского района		
ГБУЗ ЛО "Тихвинская МБ"	г. Тихвин, ул. К. Маркса, 68	родильное отделение, отделение патологии беременности
для жителей Госненского района		
ГБУЗ ЛО "Госненская КМБ"	г. Госно, шоссе Барыбина, 29	койки патологии беременности, родильное отделение
ГБУЗ ЛОЩ	г. Гатчина, Красносельское ш., д.1а	койки патологии беременности, родильное отделение
для жителей Подпорожского, Лодейнопольского и Бокситогорского районов		
ГБУЗ ЛО "Волховская МБ"	г. Волхов, ул. Авиационная, 42	койки патология беременности, родильное отделение
ГБУЗ ЛО "Тихвинская МБ"	г. Тихвин, ул. К. Маркса, 118-а	койки патологии беременности, родильное отделение
Третья А группа медицинских организаций		
ГБУЗ ЛОЩ	г. Гатчина, Красносельское ш., 1а	родильное отделение, отделение патологии беременности

Примечание:

* – критерии трехуровневой системы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- I группа (уровень) – кабинет врача-акушера-гинеколога;
- II группа (уровень) – женская консультация;
- III группа (уровень) – консультативно-диагностическое отделение перинатального центра, центр охраны здоровья семьи и репродукции.

** – критерии трехуровневой системы оказания медицинской помощи в организациях родовспоможения:

- I группа (уровень) – urgentные родильные залы или родильные дома (отделения) без круглосуточных постов врачей акушеров-гинекологов и неонатологов только

в населенных пунктах имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий (при поступлении пациентки обязательное извещение АДКЦ с согласованием плана ведения);

- II группа (уровень) – родильные дома (отделения);
- III группа (уровень) – только перинатальные центры;
- III А группа - перинатальные центры, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, в которых предусмотрен АДКЦ, осуществляющие мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь и организаций родовспоможения (акушерских стационаров), находящихся на территории субъекта РФ;
- III Б группа - перинатальные центры в составе медицинских организаций подведомственных федеральным органам исполнительной власти, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, в том числе в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Утверждено
приказом Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от 20.03. 2026 г. № 4
(Приложение 2)

**Положение
об оказании медицинской помощи женщинам в период беременности,
родов и в послеродовой период в Ленинградской области**

1. Настоящее Положение регулирует оказание медицинской помощи женщинам по профилю «акушерство и гинекология» в период беременности, родов и в послеродовой период в Ленинградской области.

2. Действие Положения распространяется на медицинские организации, государственной системы здравоохранения Ленинградской области, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Ленинградской области (далее – МО).

I. Оказание медицинской помощи в период беременности

3. Территориальная маршрутизации женщин для плановой госпитализации, а также медицинская эвакуация в случае возникновения осложнений в период беременности и родов, в том числе при соматической (экстрагенитальной) патологии, осуществляется в соответствии с показаниями для госпитализации согласно приложению к настоящему Положению.

Медицинская помощь в стационарных условиях женщинам в период беременности при соматической/экстрагенитальной патологии (без осложнений беременности) осуществляется в специализированных отделениях МО или многопрофильных МО при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом – акушером-гинекологом. Госпитализация данной категории беременных осуществляется согласно маршрутизации пациентов по профилям соматических заболеваний.

При отсутствии в указанной МО врача-акушера-гинеколога обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога иной МО или АДКЦ, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком № 193н.

При сочетании осложнений беременности и осложнений соматического заболевания беременная направляется в структурное подразделение МО, оказывающее медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

4. Беременные при сроке беременности 11⁰⁷-13⁶⁷ направляются врачом-акушером-гинекологом женской консультации в отделение антенатальной охраны плода (далее — ОАОП) Центра охраны здоровья семьи и репродукции ГБУЗ ЛОКБ (далее — ЦОЗСиР) для проведения оценки антенатального развития плода (пренатальный (дородовой) скрининг первого триместра).

5. Оказание специализированной медицинской помощи в ОАОП проводится по предварительной записи при наличии следующих документов:

– направление врача-акушера-гинеколога женской консультации по месту жительства (форма 057У);

- обменная карта беременной (форма 113/у-20);
- полис обязательного медицинского страхования с прикреплением к МО на территории Ленинградской области;
- паспорт;
- СНИЛС.

6. В ОАОП проводится оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг первого триместра) в сроках беременности 11^{0/7}-13^{6/7} (в обязательном порядке), а также на сроке 18^{0/7}-20^{6/7} (пренатальный скрининг II триместра) (по показаниям), включающая:

- консультацию врача-акушера-гинеколога;
- скрининговое ультразвуковое исследование плода при сроках беременности 11^{0/7}-13^{6/7} недель;
- биохимический анализ крови для определения уровня материнских сывороточных маркеров: связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β-ед. ХГЧ) при размерах плода, соответствующих копчико-теменному размеру 45-84 мм;
- комплексный программный расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной аномалией (далее — ХА), а также больших акушерских синдромов: риска задержки роста плода (далее — ЗРП), преждевременных родов (далее — ПР) и преэклампсии (далее — ПЭ);
- скрининговое УЗИ при сроке беременности 18^{0/7}-20^{6/7} (пренатальный скрининг II триместра) при наличии рекомендаций врача-генетика медико-генетической консультации ГБУЗ ЛОКБ (далее — МГК) или врача-акушера-гинеколога ЦОЗСиР, а также не прошедших первое скрининговое обследование с целью программного перерасчета риска для исключения УЗ-маркеров ХА и поздно манифестирующих пороков развития плода.

7. При выявлении врожденных пороков развития плода (далее — ВПР плода) в сторонней МО беременная направляется в ЦОЗСиР на консультацию к врачу-акушеру-гинекологу и/или врачу-генетику МГК для записи на пересмотр УЗИ плода на любом сроке беременности.

8. При отсутствии отклонений по результатам экспертного ультразвукового и биохимического скрининга при сроке беременности 11^{0/7}-13^{6/7} недель врачом-акушером-гинекологом ОАОП выдается беременной заключение по результатам расчета индивидуального риска для предъявления в женскую консультацию по месту жительства.

Беременная с высоким риском (1:100 и выше) больших акушерских синдромов (ЗРП, ПР, ПЭ) консультируется врачом ОАОП с целью реализации комплекса организационных и медицинских мероприятий по профилактике перинатальных осложнений.

При выполнении пренатальных (дородовых) скринингов в иных МО беременная в течение 7 дней со дня получения расчета высокого и среднего рисков больших акушерских синдромов лечашим врачом МО, в которой проводится наблюдение за течением беременности, направляются на консультацию в консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ ЛОПЦ. Дальнейшее наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной группы высокого и среднего рисков осуществляется под контролем специалистов АДКЦ и консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ЛОПЦ.

9. Беременным из групп среднего (1:101-1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска (за исключением случаев выявления признаков ВПР плода по результатам скринингового УЗИ I триместра), проведенного в ОАОП ГБУЗ ЛОКБ, показано выполнение неинвазивного пренатального теста (НИПТ, определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) — неинвазивного пренатального ДНК-скрининга.

10. В случае выявления высокого (1:100 и выше) риска хромосомной патологии и/или ВПР плода, ассоциированных с хромосомной патологией, пациентке рекомендуется проведение инвазивного пренатального обследования в условиях ЦОЗСиР ГБУЗ ЛОКБ.

Медицинские показания к проведению инвазивной пренатальной диагностики и метод ее проведения определяют совместно врач-генетик МГК и врач-акушер-гинеколог ОАОП.

Инвазивная пренатальная диагностика показана беременным:

- при повышенном риске моногенной и (или) ХА у плода (по данным анамнеза) вне зависимости от проведения пренатального скрининга I триместра;
- с выявленными признаками ВПР плода по результатам пренатальной (дородовой) диагностики;
- с высоким риском рождения ребенка с ХА по результатам НИПТ.

11. В случае подтверждения ВПР и/или ХА и/или моногенной патологии плода беременная направляется на перинатальный консилиум врачей в ЦОЗСиР ГБУЗ ЛОКБ с привлечением смежных специалистов (при необходимости), в том числе с использованием телемедицинских технологий, для определения прогноза и дальнейшей тактики ведения беременности.

12. Ответственными за проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка являются заведующие женскими консультациями МО.

13. В случае выявления на амбулаторном этапе у беременной тяжелой экстрагенитальной патологии, пациентка направляется на перинатальный консилиум в условиях профильного отделения ГБУЗ ЛОКБ (либо амбулаторно в ЦОЗСиР) или в условиях федерального центра с целью проведения адекватного объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности.

14. Врачи — акушеры-гинекологи женских консультаций (акушерско-гинекологических кабинетов) при наблюдении за течением физиологической беременности (не менее 5 визитов) проводят клинико-лабораторное обследование согласно базовому спектру (Приложение 3), а также осуществляют плановую госпитализацию беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах в соответствии с приложением к настоящему Положению.

15. Беременные группы высокого акушерского и перинатального риска и по показаниям средней группы риска (градация степеней риска указана в приложении настоящего Положения) направляются в плановом порядке в отделение патологии беременности ГБУЗ ЛОПЦ для дообследования и определения дальнейшей акушерской тактики. Указанным категориям пациенток в обязательном порядке проводят УЗИ в 34^{0/7}-35^{6/7} недель с доплерографией маточно-плацентарного кровотока (пренатальный скрининг III триместра для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, неправильного его положения, макросомии или больших акушерских синдромов).

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная направляется в профильное отделение ГБУЗ ЛОКБ или федеральные

медицинские организации вне зависимости от срока гестации согласно приложению к настоящему Положению. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная направляется в стационар МО по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

16. Врач - акушер-гинеколог женской консультации, ответственный за сбор данных по беременным групп высокой и средней степени риска, передает в регистр беременных групп средней и высокой степени риска и в АДКЦ ГБУЗ ЛОПЦ сведения о протекании беременности и получает рекомендации по дальнейшему ведению беременной.

При сроке беременности 36/37 недель формируется полный клинический диагноз (на основании трех скринингов и результатов обследования базового спектра) и определяется место родоразрешения с отметкой в обменной карте и информированием пациентки. Беременные, проживающие в районах, отдаленных от акушерских стационаров, заблаговременно направляются на родовую госпитализацию в акушерский стационар (отделение) под наблюдение.

17. В консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ ЛОПЦ или АДКЦ в течение 14 рабочих дней со дня выявления заболевания или патологического состояния должны быть проконсультированы беременные для определения акушерской тактики, времени и места родоразрешения при следующих клинических ситуациях (приложение к настоящему Положению).

Одновременно организуется дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных с вышеуказанными ситуациями в АДКЦ.

18. Ответственность за соблюдение схемы территориальной маршрутизации возлагается на главных врачей МО, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь женщине в период беременности, родов и послеродового периода, также на главного врача МО, оказывающей скорую медицинскую помощь на догоспитальном этапе.

19. По показаниям беременные направляются на долечивание и реабилитацию в специализированные санаторно-курортные учреждения (отделения) в соответствии с Порядком организации санаторно-курортного лечения, утвержденным приказом Минздрава России от 7 апреля 2025 г. №169н и правовыми актами Ленинградской области.

20. При наличии акушерских осложнений, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная госпитализируется в отделения патологии беременности, гинекологические отделения с палатами для сохранения беременности с учетом сроков беременности и степени риска возникновения осложнений (приложение к настоящему Положению).

21. При угрожающем аборте в сроке до 22 недель лечение беременной осуществляется в отделении патологии беременности или гинекологическом отделении с палатами для сохранения беременности в МО. В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация осуществляется в ГБУЗ ЛОПЦ, а при угрозе прерывания беременности в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией — в федеральные МО.

В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар III группы (уровня) беременная (роженица) доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная анестезиолого-реанимационная неонатальная бригада для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному и сообщается в АДКЦ.

22. Решение о госпитализации беременной в федеральные медицинские организации принимается АДКЦ Перинатального центра по согласованию с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

23. В дневные стационары направляются беременные при сроке гестации до 22 недель и в послеродовой период, нуждающиеся в оказании медицинской помощи, но не требующие круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации и проведения глюкозо-толерантного теста на любом сроке беременности.

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

24. Беременные с пренатально верифицированными ВПР и/или ХА (в том числе моногенной патологией) направляются на консилиум врачей по тактике ведения беременности при выявлении врожденных аномалий и/или наследственных заболеваний у плода (далее - перинатальный консилиум) в любом сроке гестации.

Перинатальный консилиум созывается по направлению лечащего врача, который определяет медицинские показания, являющиеся причинами его проведения:

- при выявлении у плода ХА и (или) врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений или пороков развития плода, выявленных по результатам пренатального скрининга I триместра;

- тяжелого соматического заболевания, установленного по результатам осмотров врачей-специалистов;

- при возникновении осложнений беременности, угрожающих жизни и здоровью матери и (или) плода, и иных заболеваний (состояний).

В состав перинатального консилиума могут включаться врачи-специалисты иных МО, включая специалистов НМИЦ, участвующие в перинатальном консилиуме в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком №193н. Перинатальный консилиум определяет тактику наблюдения за течением беременности, объем обследования, МО для проведения лечения и сроки родоразрешения. Решение перинатального консилиума передается лечащему врачу и вносится в учетную форму № 111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20.

25. Перинатальный консилиум обеспечивает рассмотрение каждого случая, антенатально выявленного нарушения развития плода по заключению врача-генетика. С целью определения прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию, и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода. По результатам комплексного обследования проводится повторный перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ по профилю выявленных у плода врожденных заболеваний.

Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода формулируется перинатальным консилиумом до 20^{6/7} недель беременности, который при наличии медицинских показаний рекомендует метод и место прерывания беременности (гинекологическое отделение не ниже второй группы, оказывающей в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь) в

котором осуществляется верификация диагноза на основе результатов патологоанатомического вскрытия плода.

26. При наличии ВПР плода, несовместимого с жизнью, сочетанных пороках развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, ХА, генетических нарушениях или пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включенных в раздел «Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, беременной с учетом решения перинатального консилиума при участии медицинского психолога предоставляется информация о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные медицинскими показаниями со стороны плода, для последующего принятия беременной решения о сохранении беременности или искусственном прерывании беременности. При необходимости приглашается специалист по социальной работе для информирования о мерах социальной поддержки и ранней помощи, юрисконсульт для консультирования по правовым вопросам и иные специалисты.

Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям со стороны плода и отсутствию тяжелой соматической патологии у беременной при сроке беременности 22 недели и более проводится в перинатальном центре, в которых после рождения ребенка врачами-специалистами осуществляется верификация антенатального диагноза порока развития плода, и (или) хромосомными аномалиями, и (или) генетических нарушений.

27. Если по заключению перинатального консилиума возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока во время беременности, пациентке предлагается госпитализация в МО, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «детская хирургия».

28. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов АДКЦ и (или) консультативно-диагностического отделения перинатального центра.

29. При ухудшении состояния плода, а также развитии плацентарной недостаточности беременная госпитализируется в МО III группы или федеральную медицинскую организацию, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и возможность оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».

30. При наличии показаний к хирургическому вмешательству консилиум в составе врача-акушера-гинеколога, детского врача-хирурга по профилю выявленного порока, врача-неонатолога (врача - педиатра) и врача ультразвуковой диагностики составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в профильном хирургическом отделении. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется бригадой скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи ЛОГБУЗ «ДКБ».

III. Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с тяжелой соматической патологией

31. Вопрос о возможности пролонгирования беременности при тяжелой соматической патологии решаются коллегиально на врачебной подкомиссии (Приложение 5), которая входит в структуру перинатального консилиума.

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

32. Беременные с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, в сроке до 10-12 недель беременности госпитализируются для обследования в ГБУЗ ЛОКБ, для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии. Перинатальный консилиум решает вопрос о возможности пролонгирования беременности.

33. Перечень заболеваний сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) направления в ГБУЗ ЛОКБ беременных в сроке до 12 недель, для решения вопроса о возможности вынашивания беременности представлен в приложении к настоящему Положению.

34. При информированном отказе женщины прервать беременность перинатальный консилиум решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

Наблюдение за течением беременности осуществляется с привлечением врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и проведением консультаций, в том числе с применением телемедицинских технологий, беременной специалистами АДКЦ и специалистами ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

35. При пролонгировании беременности женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются стационарно, в критически значимые сроки (18-22 и 27-32 недели) или при ухудшении состояния в ГБУЗ ЛОКБ для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, для определения степени ее компенсации, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики (при необходимости) с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

При выявлении осложнений, связанных с патологией сердечно-сосудистой системы, беременная при сроке беременности 27-32 недель направляется на консультацию в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

36. При сроке беременности 35-37 недель женщины госпитализируются в ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, а при отсутствии мест — в Перинатальный центр для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

37. Способ и сроки родоразрешения определяются перинатальным консилиумом в составе врача-кардиолога (врача - сердечно-сосудистого хирурга), врача — акушера-

гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

38. Дальнейшая тактика ведения определяется консилиумом 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 ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России или ГБУЗ ЛОКБ.

39. В исключительных случаях при отказе (закрытии) ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России беременной родоразрешение производится в условиях в ГБУЗ ЛОКБ.

IV. Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период

40. Оказание медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональной схемы маршрутизации, позволяющей предоставить дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами МО. Госпитализации беременных, рожениц и родильниц осуществляется в соответствии с критериями для определения этапности оказания медицинской помощи по схеме маршрутизации в акушерские стационары (отделения) в соответствии с настоящим Приказом.

41. Решение о госпитализации в федеральные медицинские организации для родоразрешения принимается АДКЦ ГБУЗ ЛОПЦ по согласованию с главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

42. Направление беременных, рожениц и родильниц в акушерские стационары осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

43. При родоразрешении необходимо соблюдение базового спектра обследования и наблюдения в родах и в послеродовом/периоперационном периоде (Приложение 4).

44. При оказании медицинской помощи в период родов в случаях преждевременных родов госпитализация осуществляется в перинатальный центр. В случае невозможности доставки роженицы с преждевременными родами в перинатальный центр дальнейшая тактика и медицинская эвакуация согласовывается с АДКЦ.

45. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи беременным в регионе организуются консультации с врачами организации родовспоможения (акушерского стационара) третьей Б группы (уровня), иных подведомственных федеральным органам исполнительной власти медицинских организаций, в том числе НМИЦ, в том числе дистанционно с применением телемедицинских технологий, для решения вопроса о месте и родоразрешения беременной.

46. Женская консультация (акушерско-гинекологический кабинет) и детская поликлиника должны быть извещены о дате выписки родильницы и новорожденного в день выписки из стационара.

47. После выписки из МО родильница направляется в женскую консультацию (кабинет) по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. При этом учитывается соматический статус и особенности течения беременности и

родов. При наличии экстрагенитального заболевания у родильницы врач женской консультации передает сведения смежным специалистам в поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения. В случае осложнений после родов необходимо своевременно решить вопрос о переводе родильницы в профильное отделение многопрофильного стационара.

48. В случае неявки родильницы в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (для дальнейшего наблюдения в послеродовой период) в течение 14 дней после родов медицинскими работниками (акушером (акушеркой), фельдшером или врачом общей практики (семейным врачом), врачом-акушером-гинекологом) осуществляется посещение родильницы на дому (послеродовый патронаж), в том числе в составе мобильной медицинской бригады.

49. Сведения акушерского стационара о родильнице (талон №2 учетной формы № 113/у-20) направляются в женскую консультацию или кабинет врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы, сведения акушерского стационара о новорожденном (талон №3 учетной формы №113/у-20 направляется в детскую поликлинику (детское поликлиническое отделение) по месту жительства (наблюдения) новорожденного и размещаются в медицинской карте пациента, а бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовой период и за новорожденным.

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

50. В труднодоступных и удаленных районах области, а также в случае отсутствия на территории обслуживания возможности оперативного прибытия выездной экстренной консультативной бригады ГБУЗ ЛОПЦ, для обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне МО, первичная скорая медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам оказывается бригадой ГБУЗ ЛО «ССМП» в соответствии с порядком оказания скорой медицинской помощи.

Медицинская эвакуация беременных, рожениц и родильниц из МО, не имеющих возможности оказания необходимой специализированной медицинской помощи, осуществляется общепрофильными (фельдшерскими, врачебными) или специализированной выездной бригадой анестезиологии и реанимации ГБУЗ ЛО «ССМП» в зависимости от тяжести состояния беременной (роженицы, родильницы).

51. АДКЦ и выездные экстренные консультативные бригады функционируют в целях организации и оказания экстренной и неотложной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также для дистанционного консультирования и координации маршрутизации. Перечень показаний, требующих консультирования в АДКЦ, дистанционного мониторинга состояния пациентки указан в приложении к настоящему Положению.

52. При выявлении критического акушерского состояния или иного жизнеугрожающего состояния у беременной или родильницы, после оценки тяжести состояния и установления предварительного диагноза, врач, оказывающий медицинскую помощь, обязан немедленно проинформировать АДКЦ.

На основании полученной информации АДКЦ осуществляет:

- координацию и организацию медицинской эвакуации;

- определение необходимости вызова специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации или выездной консультативной бригады;
- согласование объема медицинской помощи на период транспортировки;
- выбор и предварительное согласование госпитализации в специализированную МО (стационар), имеющую соответствующие возможности для оказания необходимой помощи;
- консультирование и мониторинг состояния беременной, роженицы или родильницы специалистами НМИЦ по профилю критического акушерского состояния и (или) соматического заболевания.

При преждевременных родах и невозможности медицинской эвакуации роженицы ввиду тяжести ее состояния или транспортной недоступности, врач одновременно информирует АДКЦ и неонатологический дистанционный консультативный центр.

Одновременно врач информирует руководителя своей МО, а при необходимости — отделение экстренной и планово-консультативной помощи ГБУЗ ЛОКБ.

53. При соматических заболеваниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, беременная направляется в МО, оказывающую медицинскую помощь по профилю соматического заболевания вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и лечения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом (при его отсутствии — акушером-гинекологом иной МО или АДКЦ, в том числе с применением ТМК).

При сочетании осложнений беременности и осложнений соматического заболевания беременная направляется в структурное подразделение МО, оказывающее медицинскую помощь в стационарных условиях по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

54. Выездные бригады анестезиолого-реанимационного профиля (анестезиолого-реанимационная бригада) направляются для оказания специализированной медицинской помощи беременным и родильницам:

- с критическими акушерскими состояниями и другими жизнеугрожающими состояниями, находящимся в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, где отсутствует возможность оказания необходимого объема интенсивной терапии и реанимации;
- нуждающимся в медицинской эвакуации в условиях проведения интенсивной терапии и мониторинга в многопрофильные стационары третьей группы, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии для взрослых и новорожденных, а также круглосуточно функционирующую операционную.

Основными задачами бригады являются: оказание специализированной анестезиолого-реанимационной помощи на месте, стабилизация состояния пациентки для транспортировки и обеспечение безопасности медицинской эвакуации.

55. Специализированная помощь беременным с инфекционными заболеваниями (ведущий диагноз) оказывается в МО или их структурных подразделениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе в инфекционных отделениях многопрофильных больниц и инфекционных больницах Ленинградской области согласно утвержденной территориальной схеме маршрутизации и в соответствии с СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по

профилактике инфекционных болезней», утвержденными постановлением главного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года №4.

При сочетании с акушерскими осложнениями оказание специализированной медицинской помощи женщинам, имеющим инфекционные заболевания в период беременности, родов и послеродовой период осуществляется в наблюдательных отделениях (мельцеровских боксах) акушерских стационаров.

При развитии локальных послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений лечение родильниц осуществляется в условиях гинекологических отделений районных больниц, при генерализации инфекции – в ГБУЗ ЛОКБ.

Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией осуществляется на основании соответствующих распоряжений Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

Приложение к Положению об оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в Ленинградской области

ПОКАЗАНИЯ

для госпитализации женщин при возникновении осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии, в медицинские организации Ленинградской области и федеральные медицинские организации

МО I группы

Показания для госпитализации в urgentный родильный зал:

- активная фаза родов и роды вне родильного отделения;
- состояние беременной (роженицы) и (или) плода, требующее оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме.

Условия для оказания первичной врачебной/специализированной медико-санитарной помощи в круглосуточном стационаре на койках патологии беременности (беременные группы низкого акушерского и перинатального риска):

- отсутствие акушерских осложнений (больших акушерских синдромов, хронической гипоксии плода);
- с 22 нед низкий риск преждевременных родов (отсутствие в анамнезе: преждевременных родов, привычного невынашивания, ИЦН, ≥ 4 родов, многочисленных искусственных выкидышей);
- отсутствие экстрагенитальной патологии или имеющиеся соматические заболевания не требуют проведения лечебных и диагностических мероприятий для их коррекции.

Родоразрешение беременных низкой группы акушерского и перинатального риска в стационарах I уровня возможно только после 37 нед беременности (после согласования с АДКЦ) при:

- отсутствие показаний для планового кесарева сечения;
- отсутствие экстрагенитальной патологии или имеющиеся соматические заболевания не требуют проведения лечебных и диагностических мероприятий для их коррекции;
- головном предлежании плода, некрупных его размерах (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;
- физиологическом течении беременности;
- отсутствие высокого риска ПР, ПЭ и ЗРП, определенного по результатам пренатального скрининга I триместра;
- благоприятном перинатальном исходе предыдущих родов;
- отсутствию в анамнезе у беременной анте-, интра- и ранней неонатальной смерти и рождения детей с тяжелой перинатальной патологией;
- отсутствие высокого риска акушерских кровотечений;
- отсутствие высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений;
- отсутствие высокого риска септических осложнений;
- отсутствие послеоперационного рубца на матке;

- отсутствие акушерских осложнений (гипертензивных расстройств, анатомически узкого таза, крупного плода, изоиммунизации, ЗРП, переносимой беременности, неправильного положения плода, любой патологии пуповины и/или плаценты, плацентарных нарушений, многоплодия, много-/маловодия, опухолевидных образований матки и придатков и т.д.);
- отсутствие отягощенного акушерского анамнеза (осложнений в предыдущих родах): оперативного родоразрешения, травматизма матери и новорожденного, септических осложнений после родов и аборт, рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и пороками развития, акушерских кровотечений и т.д.

Примечание: При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные направляются в акушерские стационары второй или третьей А группы согласно региональной схеме маршрутизации.

МО II группы

Показания для оказания специализированной медицинской помощи на койках патологии беременности и койках родильных отделений при наличии ведущего диагноза акушерской патологии беременной после 22 нед (беременные средней группы акушерского и перинатального риска):

- беременные низкой группы акушерского и перинатального риска;
- анемия легкой степени;
- мертворождение в анамнезе;
- анатомическое сужение таза I-II степени;
- переносимая беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- тазовое предлежание;
- низкое расположение плаценты, подтвержденное результатами ультразвукового исследования на сроке беременности 34-36 недель (за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения);
- рубец на матке после операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для проведения плановой операции кесарева сечения;
- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения) без признаков несостоятельности и при подтвержденном результатами ультразвукового исследования расположении плаценты не в месте локализации рубца;
- антенатальная гибель плода;
- преэклампсия умеренная;
- психические заболевания;
- соматическое заболевание беременной (роженицы), не требующее оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю соматического заболевания, с возможностью применения в период родов диагностических и лечебных мероприятий по коррекции соматических заболеваний, в том числе:
- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания органов дыхания (без дыхательной недостаточности);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, за исключением отслойки сетчатки в анамнезе);

- черепно-мозговые травмы;
- травмы позвоночника, таза;
- эндокринные заболевания (гестационный сахарный диабет на диетотерапии без акушерских осложнений и признаков диабетической фетопатии, заболевания щитовидной железы без клинических признаков гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация));
- варикозная болезнь 1-2 степени.

Примечание: В случае невозможности доставки женщины с преждевременными родами в акушерский стационар III группы роженица доставляется в ближайший родильный дом (отделение), при этом вызывается выездная педиатрическая бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи новорожденному

МО III группы
ГБУЗ ЛОКБ

Показания для оказания специализированной медицинской помощи на профильных койках при наличии ведущего диагноза (основного заболевания) соматической патологии* беременной:

- заболеваний сердечно-сосудистой системы (ревматические и рожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);
- тромбозов, тромбозов и тромбозов в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболеваний органов дыхания, сопровождающихся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузных заболеваний соединительной ткани, антифосфолипидного синдрома;
- заболеваний почек, сопровождающихся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалиями развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
- заболеваний печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания);
- эндокринных заболеваний (сахарный диабет первого и второго типа любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет на инсулинотерапии, в сочетании с акушерскими осложнениями и (или) диабетической фетопатией, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- и гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность и иные тяжелые заболевания);
- заболеваний органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома и иные тяжелые заболевания);
- заболеваний крови (гемолитическая и апластическая анемия, анемия средней или тяжелой степени, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови и иные тяжелые заболевания);
- заболеваний нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов и иные тяжелые заболевания);

- миастении;
- злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистых мальформаций, аневризм сосудов;
- перенесенных в анамнезе черепно-мозговыми травм, травм позвоночника с неврологическими расстройствами таза;
- трофобластической болезни в анамнезе;
- опухолей репродуктивных органов больших размеров и распространенных форм эндометриоза;
- варикозной болезни 3 степени;
- жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;
- психических заболеваний.

Примечание: * – в течение 14 рабочих дней со дня выявления перечисленных заболеваний или патологических состояний беременные должны быть проконсультированы в консультативно-диагностическом отделении или АДКЦ перинатального центра (п. 71 Приказа №747н)

Перечень заболеваний сердечно-сосудистой системы, требующий консультации и (или) направления в ГБУЗ ЛОКБ беременных в сроке до 12 недель, для решения вопроса о возможности вынашивания беременности:

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;
- пороку сердца с тромбозомболическими осложнениями;
- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

Врожденные пороки сердца:

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

- сложные врожденные пороки сердца;
- синдром Эйзенменгера;
- болезнь Аэрза.

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.

Нарушения ритма сердца (сложные формы).

Состояния после операций на сердце.

Акушерские показания для консультации беременной в АДКЦ или в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра после 22 нед:

- бесплодия любого генеза в анамнезе;
- беременности после экстракорпорального оплодотворения;
- порока развития плода или хромосомных аномалии у плода;
- состояний и (или) заболеваний плода (плодов), требующих выполнения внутриутробных медицинских вмешательств;
- многоплодной беременности;
- задержки роста плода;
- изоиммунизации при беременности;
- водянки плода
- беременности с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для оценки возможности проведения родов через естественные родовые пути;
- предлежания плаценты;
- плаценты, расположенной по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или плаценты, расположенной в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);
- подозрения на вращение плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
- поперечного или косого положения плода;
- много- и маловодия;
- беременности после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах.

Показания для оказания специализированной медицинской помощи на койках патологии беременности и койках родильных отделений Перинатального центра (беременные высокой группы акушерского и перинатального риска):

- состояния беременной и плода, требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод;
- осложненная беременность после экстракорпорального оплодотворения;
- беременность после экстракорпорального оплодотворения;

- рубец на матке после одной операции кесарева сечения без признаков несостоятельности для ведения родов через естественные родовые пути;
- рубец на матке после операции кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки (в анамнезе) при наличии признаков несостоятельности рубца;
- предлежание плаценты;
- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме операции кесарева сечения);
- подозрение на врастание плаценты по данным ультразвукового исследования или магнитно-резонансной томографии;
- много- и маловодие
- поперечное и косое положение плода;
- задержка роста плода;
- водянка плода;
- проведенные во время данной беременности внутриутробная хирургическая коррекция;
- изоиммунизация при беременности;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия и их осложнения;
- врожденные пороки развития плода, хромосомные аномалии и генетические нарушения у плода;
- многоплодная беременность;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- опухоли репродуктивных органов больших размеров и распространенными формами эндометриоза;
- трофобластическая болезнь в анамнезе или при настоящей беременности;
- варикозная болезнь 3 степени;
- возраст до 16 лет включительно;
- холестаза, гепатоз беременных;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия и иные тяжелые заболевания);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей;
- беременность после нефрэктомии;
- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени и иные тяжелые заболевания);

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

Примечание: В акушерский стационар третьей А группы могут быть направлены беременные низкой и средней групп акушерского и перинатального риска.

Основные urgentные показания (критические акушерские состояния), требующие консультирования и дальнейшего мониторинга состояния акушерской пациентки в АДКЦ Перинатального центра:

в части патологии сердечно-сосудистой системы:

- остановка кровообращения,
- шок любой этиологии
- острое нарушение мозгового кровообращения,
- нарушения сознания,
- продолжающееся введение вазопрессоров и(или) инотропных препаратов,
- нарушения ритма сердца,
- острый коронарный синдром,
- протезированные клапаны сердца,
- недостаточность кровообращения II и более степени по NYHA (Нью-Йоркская Кардиологическая Ассоциация),
- тромбоэмболия легочной артерии, подозрение на тромбоэмболию легочной артерии,
- эмболия амниотической жидкостью, подозрение на эмболию амниотической жидкостью,
- кардиогенный отек легких,
- артериальная гипертензия III степени со стойким повышением давления выше 160/100 мм рт.ст. или эпизодической гипертензией до 200/120 мм рт.ст.;

в части патологии респираторной системы:

- 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 искусственной вентиляции легких более 60 минут,
- $SpO_2 < 90\%$ по пульсоксиметру более 60 минут,
- острый респираторный дистресс-синдром,
- тяжелая пневмония,
- обострение бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких,
- аспирационный синдром,
- интубация трахеи и искусственная вентиляция легких более 60 минут, не связанная с анестезией;

в части акушерской патологии:

- тяжелая преэклампсия, эклампсия,
- холестатический гепатоз беременных,
- синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), связанный с беременностью,
- чрезмерная рвота беременных,
- гемолиз любой этиологии,
- тромботическая микроангиопатия: HELLP-синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая тромбопеническая пурпура, антифосфолипидный синдром,
- 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;

в части обменно-метаболических расстройств:

- билирубин более 30 мкмоль/л без жировой дистрофии,
- синдром цитолиза (повышение аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы), 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,
- олигоанурия резистентная к введению жидкости,
- признаки гипогликемии, гипергликемии, кетоацидоза
- тяжелая анемия (любая этиология),
- тромбоцитопения менее $50 \cdot 10^9/л$,
- трансфузия компонентов крови;

в части событий, связанных с оказанием медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология»:

- госпитализация в отделения анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) (любые показания), пребывание в отделении анестезиологии-реанимации (палаты реанимации и интенсивной терапии) для женщин более 24 часов,
- оценка физического статуса пациентки по шкале ASA более 2 класса перед акушерской операцией у беременной, для согласования тактики анестезиологического пособия,
- осложнения анестезиологического пособия (любые),
- осложнения пункции и катетеризации магистральных сосудов.

Показания для оказания специализированной медицинской помощи беременным и родильницам в гинекологическом отделении Перинатального центра:

- угрожающий выкидыш в сроке до 22 нед (беременные с индуцированной беременностью, беременностью после ЭКО, после оперативного лечения бесплодия, с привычным невынашиванием) при наличии профилизованных палат (отделений по лечению угрозы прерывания беременности), в случае отсутствия указанных палат (отделений) женщины госпитализируются в отделение патологии беременности центра;
- послеродовые кровотечения;
- доброкачественные опухоли придатков матки;
- доброкачественные опухоли матки.

МО ШБ группы

Показания для направления в МО федерального подчинения, имеющие статус учреждений родовспоможения ШБ группы, для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с применением инновационных технологий беременным высокой группы акушерского и перинатального риска (для дородовой госпитализации с последующим родоразрешением)

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

- пороки развития плода, требующие хирургического лечения после рождения;
- заболевания крови (анемии, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

- сердечно-сосудистые заболевания у беременных (оперированные пороки сердца, нарушения ритма, ревматологические заболевания, миокардиопатии, миокардиты и перикардиты, хроническая АГ с риском ССО 3–4, лёгочная гипертензия, сердечная недостаточность);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания крови (нежелезодефицитные анемии, железодефицитная анемия при уровне гемоглобина <80 г/л, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием лёгочной или сердечно-лёгочной недостаточности;
- эндокринные заболевания (прегестационный сахарный диабет любой степени компенсации, несахарный диабет, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- врожденные аномалии сердечно-сосудистой системы у плода, требующие экстренной или неотложной коррекции после родоразрешения (коарктация или перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты, атрезия или стеноз лёгочной артерии, критическая форма аномалии Эбштейна, тотальный аномальный дренаж лёгочных вен, транспозиция магистральных артерий, тетрада Фалло, гемитрункус, аномалия Тауссиг–Бинга);
- другие известные аномалии развития плода, требующие хирургической коррекции после родоразрешения (гастрошизис, омфалоцеле, врожденная диафрагмальная грыжа и пр.);
- предлежание плаценты при подозрении на вращение по данным МРТ (госпитализация для родоразрешения в 36 нед);
- тромбоцитопения (количество тромбоцитов <100 × 10⁹/л) при сроке 36–37 нед;
- тромбоцитопатия с явлениями декомпенсации, коагулопатия;
- изоиммунизация при беременности;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода.

Показания для вызова выездных анестезиолого-реанимационных бригад

К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся:

- острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);

- эклампсия;
- HELLP-синдром;
- острый жировой гепатоз беременных;
- ДВС-синдром;
- послеродовой сепсис;
- сепсис во время беременности любой этиологии;
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и т.д.);
- пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;
- миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма или недостаточностью кровообращения;
- сахарный диабет с трудно корригируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;
- острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;
- тяжелая форма эпилепсии;
- острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

Примечание: транспортабельность данной категории пациенток зависит от конкретной клинической ситуации, оценивается и осуществляется только врачом анестезиологом-реаниматологом. Начатая на месте интенсивная терапия продолжается во время транспортировки.

К абсолютным противопоказаниям к медицинской эвакуации можно отнести:

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

При наличии других состояний, угрожающих жизни беременной, и при отсутствии противопоказаний для транспортировки место госпитализации определяется специалистом АДКЦ по согласованию с администрацией федеральных клиник и ГБУЗ ЛОКБ.

При риске возникновения осложнений для родоразрешения беременные направляются в плановом порядке в МО II и III групп. Госпитализация в стационары II уровня с нарушением маршрутизации осуществляется по согласованию со специалистом АДКЦ.

Утверждено
 приказом Комитета по здравоохранению
 Ленинградской области
 от 20.03. 2026 г. № 4
 (Приложение 3)

Базовый спектр обследования и наблюдения за беременностью

N п/п	Критерий
1	Предельный срок постановки беременной на учет: не позднее 14 дней после первого обращения женщины по поводу беременности при сроке беременности от 4 до 7 недель; не позднее 7 дней при сроке более 7 недель с последующим оформлением индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы, форма которой предусмотрена приложением №2 к приказу № 1130н (учетная форма №111/у-20), и обменную карту беременной, роженицы и родильницы, форма которой предусмотрена приложением №3 к приказу №1130н (учетная форма №113/у-20)
2	Определение срока беременности и родов сбор анамнеза, осмотр при 1-м визите беременной пациентки
3	Динамическое измерение артериального давления и пульса при каждом визите беременной пациентки (не менее 5 визитов к акушеру-гинекологу)
4	Измерение высоты дна матки при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы после 20 недель беременности
5	Определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа или при помощи фетального доплера после 22 недель беременности при каждом визите беременной пациентки
6	Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите (в I или II триместре) и в 3-м триместре беременности
7	Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите (в I или II триместре) и в 3-м триместре беременности
8	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови при 1-м визите (в I или II триместре) и в 3-м триместре беременности
9	Определение однократно при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) на определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (<i>Rubella virus</i>) в крови с целью выявления серонегативного статуса, либо прегравидарно
10	Направление беременной при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки
11	Направление беременной с 32 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода

12	<p>Направление беременной дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на консультацию врача-терапевта (врачом-педиатром у несовершеннолетних) и консультацию врача-стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции;</p> <p>Направление беременной при 1-м визите на консультацию врача-офтальмолога с целью диагностики и лечения заболеваний глаз и выявления противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути;</p> <p>Направление беременной с патологическими изменениями электрокардиограммы на консультацию врача-кардиолога;</p> <p>Направление беременной (минимум дважды) к психологу</p>
13	<p>Направление беременной к врачам-специалистам «узкого» профиля, после выявления сопутствующей патологии, не позднее 14 рабочих дней сопутствующих заболеваний</p>
14	<p>Бактериологическое исследование или определение ДНК стрептококка группы В (<i>S. agalactiae</i>) методом ПЦР в вагинальном и ректальном отделяемом в 35-37 недель беременности</p>
15	<p>Микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите (в I или II триместре) и в 3-м триместре беременности, включая исследование на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), трихомонады (<i>Trichomonas vaginalis</i>) и дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции</p>
16	<p>Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите</p>
17	<p>Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите;</p> <p>Направление резус-отрицательной беременной на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител - в 18-20 недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта</p>
18	<p>Проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности</p>
19	<p>Исследование уровня глюкозы в крови натощак и дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л</p>
20	<p>Проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности</p>
21	<p>Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) однократно при 1-м визите</p>
22	<p>Проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности для выявления протеинурии</p>
23	<p>Направление беременной пациентки в 11^{0/7}-13^{6/7} недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови</p>

	и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг I); результаты скрининга отражаются в протоколе, форма которого предусмотрена приложением №7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом №1130н
24	Направление беременной пациентки в 18 ^{0/7} -20 ^{6/7} недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг II), врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрию); результаты скрининга отражаются в протоколе, форма которого предусмотрена приложением 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом №1130н
25	Направление беременной пациентки в 34 ^{0/7} -35 ^{6/7} недели беременности на ультразвуковое исследование плода (его анатомии и доплерографию маточно-плацентарного кровотока) в КДО ГБУЗ ЛОПЦ; результаты скрининга отражаются в протоколе, форма которого предусмотрена приложением 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом №1130н
26	При сроке беременности 36/37 недель формирование полного клинического диагноза (на основании результатов обследования базового спектра, трех УЗ-скринингов и решения (при наличии) перинатального консилиума) и определение МО для планового родоразрешения с отметкой в учетных формах №111/у-20 и №113/у-20, подписью заведующей женской консультации и информированием беременной
27	Совместное наблюдение за течением беременности и маршрутизация беременной группы высокого и среднего рисков по результатам пренатального (дородового) скрининга осуществляется под контролем специалистов АДКЦ и консультативно-диагностического отделения ГБУЗ ЛОПЦ.
28	Назначение перорального приема фолиевой кислоты беременной пациентке на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день и на протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день
29	С целью восстановления репродуктивной функции врач-акушер-гинеколог женской консультации или кабинета врача-акушера-гинеколога по месту жительства (наблюдения) родильницы обеспечивает наблюдение родильницы в послеродовой период, при необходимости направляет родильницу на психологическое консультирование в целях предупреждения, раннего выявления и лечения осложнений послеродового периода

Утверждено
 приказом Комитета по здравоохранению
 Ленинградской области
 от 20.03. 2026 г. № 4
 (Приложение 4)

**Базовый спектр обследования и наблюдения в родах и
 в послеродовом/ периоперационном периоде**

N п/п	Критерий
1	При поступлении роженицы в организацию родовспоможения (акушерский стационар/отделение) оформляется медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, форма которой предусмотрена приложением №4 к приказу №1130н (учетная форма № 096/1у-20)
2	Внедрение семейно-ориентированных перинатальных технологий
3	Установка внутривенного катетера роженице (при абдоминальном родоразрешении – постановка мочевого катетера)
4	Аускультация плода с помощью стетоскопа и/или КТГ (при наличии показаний – непрерывная КТГ)
5	УЗИ плода не позднее 30 минут от момента поступления в акушерский стационар (отделение)
6	Ведение партограммы учетной формы № 096/1у-20
7	Введение лекарственных препаратов группы окситоцин и его аналогов роженице не позднее 1 минуты от момента рождения ребенка (при отсутствии медицинских противопоказаний)
8	Пережатие пуповины новорожденного не ранее 60 секунд и не позднее 3 минут от момента рождения (не ранее 30 секунд и не позднее 1 минуты от момента рождения при абдоминальном родоразрешении)
9	Выделение последа не позднее 30 минут от момента рождения ребенка
10	Максимально раннее первое прикладывание ребенка к груди в родильном зале (не позднее 1,5-2 часов) после рождения продолжительностью не менее 30 минут (при отсутствии медицинских противопоказаний) и поддержка грудного вскармливания, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией
11	Введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) резус-отрицательным родильницам не позднее 72 часов от момента родоразрешения (при рождении резус-положительного ребенка и при отсутствии резус-антител в крови и при отсутствии медицинских противопоказаний)
12	Ушивание разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки (при наличии разрывов мягких тканей родовых путей и/или шейки матки и/или при разрезе промежности (эпизиотомии)) не позднее 60 минут от момента родоразрешения
13	Определение основных групп крови (А, В, 0) и определение резус-принадлежности роженице
14	Проведена периоперационная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до

	оперативного родоразрешения (при отсутствии медицинских противопоказаний)
15	Общий (клинический) анализ крови развернутый родильницы не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения
16	Бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при субфебрильной температуре тела в течение 72 часов от момента оперативного родоразрешения)
17	Оформления паспорта кесарева сечения
18	Гистологическое исследование последа
19	Перед выпиской родильнице проводится УЗИ органов малого таза
20	При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания и профилактике нежелательной беременности (индивидуальные рекомендации по контрацепции)
21	При выписке родильницы, за исключением родильниц с ВИЧ-инфекцией, лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка), осуществляется консультирование по вопросам планирования следующей беременности
22	Рекомендуемое время пребывания родильницы в организации родовспоможения (акушерском стационаре) при неосложненном течении послеродового периода после родов через естественные родовые пути - до 3 суток, при неосложненном течении послеродового периода после операции кесарева сечения - до 4 суток

Утверждено
Приказом Комитета по здравоохранению
Ленинградской области
от 20.03. 2026 г. № 4
(Приложение 5)

ПОЛОЖЕНИЕ

о врачебной подкомиссии перинатального консилиума по решению вопроса о продолжении беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной и инфекционной)

1. Врачебная подкомиссия по решению вопроса о продолжении беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией в рамках перинатального консилиума (далее – ПК) в МО создается с целью предупреждения случаев материнской смертности.
2. Задачей ПК является решение вопросов о прерывании или продолжении беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией (неинфекционной и инфекционной). Перечень экстрагенитальных заболеваний для направления беременных из МО Ленинградской области на ПК:
 - заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия;
 - тромбозы, тромбозы и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;
 - заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
 - диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
 - заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, гидронефроз, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
 - заболевания печени (лекарственный гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
 - эндокринные заболевания; прегестационный сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность;
 - заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
 - заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
 - миастения;
 - злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
 - перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, в том числе с неврологическими расстройствами таза, травмы таза.
3. ПК по решению вопроса о пролонгировании беременности у женщин с неинфекционной тяжелой экстрагенитальной патологией создается на базе ГБУЗ ЛОКБ.
 4. В состав ПК входит врач акушер-гинеколог и врач той специальности, к которой относится заболевание беременной. К работе ПК может привлекаться медицинский психолог (психолог).
 5. Руководителем ПК является заместитель главного врача ГБУЗ ЛОКБ, заместителями председателя ПК – главный внештатный специалист акушер-гинеколог Комитета по здравоохранению Ленинградской области и заведующий Центром охраны здоровья семьи и репродукции ГБУЗ ЛОКБ.
 6. Заседание ПК осуществляется по мере необходимости.
 7. Врач акушер-гинеколог ПК:
 - уточняет срок гестации;
 - проводит оценку перинатального риска, состояния плода и выявляет осложнения беременности.
 8. Врач специалист ПК по профилю заболевания беременной:
 - осуществляет проведение необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий;
 - осуществляет направление на ПК для решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности.
 9. Специалисты ПК верифицируют диагноз, определяют тактику ведения беременной, принимают решение о прерывании или пролонгировании беременности у пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 736 от 03.12.2007 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».
 10. Специалисты ПК определяют риски для жизни пациентки и представляют беременной (семье с согласия женщины) в доступной форме полную информацию о целях и результатах обследования, о характере экстрагенитальной патологии и прогнозе для здоровья и жизни пациентки, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, на основании чего женщина (семья) принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.
 11. Оформляется информированное добровольное согласие на прерывание беременности в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
 12. При наличии показаний для прерывания беременности специалисты ПК определяют метод прерывания беременности и МО.
 13. При направлении на прерывание беременности по медицинским показаниям женщине предоставляется выписка (заключение) из медицинской документации с указанием клинического диагноза, данных обследования и рекомендаций по дальнейшей тактике ведения беременности, подписанной специалистами ПК и заверенной печатью МО.

14. В случае пролонгирования беременности ПК принимает решение о тактике ведения пациентки, о подборе и коррекции терапии, о наличии показаний для направления на стационарное лечение в профильное отделение МО, о сроках и методах родоразрешения и выбор акушерского стационара.
15. Решение ПК, оформленное протоколом, предоставляется в МО, направившую женщину в период беременности.