



ДЕПАРТАМЕНТ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

№ _____

Об оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи на территории Смоленской области

В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи и с целью упорядочения госпитализации беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных в Смоленской области в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде на территории Смоленской области согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить Порядок оказания медицинской помощи гинекологическим больным на территории Смоленской области согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Утвердить Порядок оказания гинекологической помощи детям с гинекологической патологией на территории Смоленской области согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

4. Утвердить три группы учреждений родовспоможения в Смоленской области согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

5. Утвердить Схему маршрутизации при оказании медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и гинекологическим больным на территории Смоленской области согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника управления организации медицинской помощи населению и реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Департамента Смоленской области по здравоохранению Е.Н. Войтову.

Начальник Департамента

В.И. Степченков

Приложение №1
к приказу Департамента
Смоленской области по
здравоохранению
от _____ № _____

**Порядок оказания медицинской помощи женщинам
в период беременности, родов и в послеродовом периоде на территории
Смоленской области**

**I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам
в период беременности**

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания акушерской помощи в областных государственных учреждениях здравоохранения.

2. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология».

3. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа: первый - амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами; второй - стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерской патологии) или специализированных отделениях (при соматической патологии) учреждений здравоохранения.

4. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

врачом-акушером-гинекологом - не менее десяти раз;

врачом-терапевтом, врачом-стоматологом - не менее трех раз (первый осмотр проводится не позднее 7 - 10 дней после первичного обращения в женскую консультацию, а затем в каждом триместре);

врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее двух раз;

другими специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование плода проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 20 - 22 недели и 32 - 34 недели. При сроке беременности 11 - 14 недель проводится забор проб крови беременных женщин для биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью, и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого.

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

6. При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

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

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения учреждений здравоохранения, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) помощи женщине (при наличии специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

7. Основными критериями качества работы женской консультации, оцениваемой органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, являются:

- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- несвоевременная госпитализация при переносенной беременности.

8. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в учреждениях охраны материнства и детства (отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированных отделениях учреждений здравоохранения, ориентированных на сохранение беременности.

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

При наличии акушерской патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения охраны материнства и детства (перинатальный центр, родильный дом (отделение)).

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

10. В случаях угрозы прерывания беременности и преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация женщины осуществляется в учреждения охраны материнства и детства (перинатальный центр, родильный дом (отделение)), где имеется отделение реанимации новорожденных, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела (500 - 999 г).

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

11. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальности «акушерство и гинекология».

12.1. *Показаниями для госпитализации беременных женщин в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:*

отсутствие экстрагенитальной патологии у беременной женщины;

отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (гестоз, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;

отсутствие в анамнезе у женщины эпизодов анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждения здравоохранения второй и третьей группы в плановом порядке.

12.2. *Показаниями для госпитализации беременных женщин в учреждения здравоохранения второй группы (средняя степень риска) являются:*

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I - II степени;

тазовое предлежание плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34 - 36 недель;

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждение здравоохранения третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I - II степени.

12.3. Показаниями для госпитализации пациенток в учреждения здравоохранения третьей группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 35 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34 - 36 недель;

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, эклампсия;

холестаз, гепатоз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III - IV степени при предыдущих родах;

задержка внутриутробного роста плода II - III степени;

изоиммунизация при беременности;

наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

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);

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);

эндокринные заболевания (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 крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

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, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки

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

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

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

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

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

Приложение № 2
к приказу Департамента
Смоленской области по
здравоохранению
от _____ № _____

Порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания гинекологической помощи в областных государственных учреждениях здравоохранения.

2. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию на оказание услуг по специальности «акушерство и гинекология».

Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение аборт, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности при сроке до 12 недель, прегравидарная подготовка.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;

2 диспансерная группа - здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

3 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;

4 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

5 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Врач-акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, не реже 1 раза в год.

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

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза. После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача-акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

В случае наличия показаний для оказания специализированной медицинской помощи женщины с гинекологической патологией направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля.

3. Основной задачей специализированной медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических).

Приложение № 3
к приказу Департамента
Смоленской области по
здравоохранению
от _____ № _____

Порядок оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы оказания медицинской помощи детям с гинекологической патологией в областных государственных учреждениях здравоохранения.

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

3. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с гинекологической патологией на амбулаторном этапе оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования

репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей, в детской поликлинике, женской консультации, центре репродуктивного здоровья подростков, молодежной клинике.

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

По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа - девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы;

2 диспансерная группа - девочки с нарушением полового развития;

3 диспансерная группа - девочки с гинекологическими заболеваниями;

4 диспансерная группа - девочки с нарушениями менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

Девочка, достигшая возраста 18 лет, передается под наблюдение врача-акушера-гинеколога женской консультации. Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девочки для определения группы диспансерного наблюдения.

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

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

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

Приложение № 4
к приказу Департамента
Смоленской области по
здравоохранению
от _____ № _____

Трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде.

1. Учреждения родовспоможения III группы, клинические базы: ОГБУЗ «Перинатальный центр», родильные отделения ОГБУЗ «Клиническая больница №1», ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи».

2. Учреждения родовспоможения II группы: родильные отделения ОГБУЗ «Вяземская ЦРБ», ОГБУЗ «Сафоновская ЦРБ», ОГБУЗ «Ярцевская ЦРБ», ОГБУЗ «Рославльская ЦРБ», ОГБУЗ «Починковская ЦРБ», ОГБУЗ «Гагаринская ЦРБ».

3. Учреждения родовспоможения I группы: родильные отделения: ОГБУЗ «Сычевская ЦРБ», ОГБУЗ «Угранская ЦРБ», ОГБУЗ «Новодугинская ЦРБ», ОГБУЗ «Холм-Жирковская ЦРБ», ОГБУЗ «Дорогобужская ЦРБ», ОГБУЗ «Духовщинская ЦРБ», ОГБУЗ «Ельнинская ЦРБ», ОГБУЗ «Шумячская ЦРБ», ОГБУЗ «Хиславичская ЦРБ», ОГБУЗ «Монастырщинская ЦРБ», ОГБУЗ «Руднянская ЦРБ», ОГБУЗ «Краснинская ЦРБ», ОГБУЗ «Демидовская ЦРБ», ОГБУЗ «Велижская ЦРБ», ОГБУЗ «Озерненская РБ №1».

4. Учреждения здравоохранения I группы по обслуживанию беременных женщин, рожениц и родильниц закрепляются за учреждениями II группы следующим образом:

1) за ОГБУЗ «Вяземская ЦРБ» - ОГБУЗ «Темкинская ЦРБ», ОГБУЗ «Сычевская ЦРБ», ОГБУЗ «Угранская ЦРБ» и ОГБУЗ «Новодугинская ЦРБ»;

2) за ОГБУЗ «Сафоновская ЦРБ» - ОГБУЗ «Холм-Жирковская ЦРБ» и ОГБУЗ «Дорогобужская ЦРБ»;

3) ОГБУЗ «Ярцевская ЦРБ» - ОГБУЗ «Кардымовская ЦРБ» и ОГБУЗ «Духовщинская ЦРБ»;

4) за ОГБУЗ «Рославльская ЦРБ» - ОГБУЗ «Ершичская ЦРБ», ОГБУЗ «Ельнинская ЦРБ» и ОГБУЗ «Шумячская ЦРБ»;

5) за ОГБУЗ «Починковская ЦРБ» - ОГБУЗ «Глинковская ЦРБ», ОГБУЗ «Хиславичская ЦРБ» и ОГБУЗ «Монастырщинская ЦРБ»;

6) за - ОГБУЗ «Руднянская ЦРБ» - ОГБУЗ «Демидовская ЦРБ», ОГБУЗ «Краснинская ЦРБ», ОГБУЗ «Велижская ЦРБ»;

7) за родильным отделением ОГБУЗ «Клиническая больница №1» - ОГБУЗ «Смоленская ЦРБ».

5. С целью упорядочения госпитализации беременных, рожениц и родильниц Смоленской области для получения специализированной медицинской помощи специализация акушерских стационаров III группы определяется следующим образом:

1) ОГБУЗ «Перинатальный центр» – специализируется по ведению беременности и родов с Rh-конфликтом и преждевременными родами;

2) родильное отделение ОГБУЗ «Клиническая больница №1» специализируется по ведению беременности и родов у пациенток с экстрагенитальной патологией;

3) при закрытии ОГБУЗ «Перинатальный центр» и родильного отделения ОГБУЗ «Клиническая больница №1» специализированная помощь по профилю

закрывающегося стационара может быть оказана в родильном отделении ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи».

**Схема
маршрутизации беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных на территории Смоленской области**

