



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Ставропольского края
ПРИКАЗ

г. Ставрополь

28 сентября 2022 г.

№ 01-05/1184

Об организации мероприятий по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – приказ Минздрава России № 1130н) и в целях дальнейшего совершенствования пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка (далее – пренатальная диагностика) и снижения уровня младенческой смертности от врожденных пороков развития плода в Ставропольском крае

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Алгоритм проведения пренатальной диагностики в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – Алгоритм).

1.2. Принципы маршрутизации беременных женщин для проведения пренатальной диагностики в Ставропольском крае.

1.3. Схему направления беременных женщин в медико-генетическую консультацию при подозрении на врожденные пороки развития плода (далее – ПРП) и хромосомные аномалии (далее – ХА) плода при любом сроке беременности.

1.4. Рекомендуемые требования к содержанию талона-направления на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободного β-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными ультразвукового исследования (далее – УЗИ) для расчета рисков ХА, задержки роста плода, преждевременных родов, презклампсии (далее – талон-направление).

1.5. Форму отчета о реализации мероприятий по пренатальной диагностике.

1.6. Форму ежеквартального и годового отчета о случаях рождения детей с ПРП и ХА.

1.7. Примерное положение о специалисте кабинета антенатальной охраны плода (далее – КАОП) при медицинской организации акушерского профиля второй и третьей группы (уровня).

1.8. Перечень медицинских организаций Ставропольского края, имеющих в своей структуре КАОП, и прикрепленных к ним территорий (далее - Перечень).

1.9. Примерное положение о перинатальном консилиуме (далее – Положение).

1.10. Рекомендуемую форму направления пациента на перинатальный консилиум.

1.11. Рекомендуемую форму заключения перинатального консилиума.

1.12. Рекомендуемую форму заключения внешнего специалиста перинатального консилиума.

1.13. Рекомендуемую форму памятки о необходимости прохождения пренатальной диагностики.

1.14. Рекомендации к деятельности КАОП.

2. Главным врачам медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края обеспечить:

2.1. Постановку на диспансерный учет женщин в сроке беременности до 12 недель.

2.2. Направление беременных женщин для проведения пренатальной диагностики в соответствии с приказом Минздрава России № 1130н и Алгоритмом, утвержденным настоящим приказом.

2.3. Направление беременных женщин на перинатальный консилиум в соответствии с Положением, утвержденным настоящим приказом.

2.4. Выполнение требований законодательства Российской Федерации в отношении сведений, представляющих врачебную тайну и персональные данные, при предоставлении отчетов.

2.5. Предоставление отчета о реализации мероприятий по пренатальной диагностике до 03 числа месяца, следующего за отчетным, в медико-генетическую консультацию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» (далее соответственно – ГБУЗ СК, «СККПЦ № 1») и в ГБУЗ СК «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – ГБУЗ СК «МИАЦ») по форме, утвержденной настоящим приказом.

2.6. Направление для родоразрешения беременных женщин с пренатально диагностированными нарушениями развития ребенка, подлежащими хирургическому лечению, в федеральные специализированные медицинские учреждения в соответствии с медицинскими показаниями в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3. Главным врачам медицинских организаций Ставропольского края, имеющих в своей структуре КАОП в соответствии с Перечнем, утвержденным настоящим приказом, обеспечить:

3.1. Бесперебойное функционирование КАОП, укомплектованного специалистами и оснащенного оборудованием согласно приложениям № 5 и № 6 к приказу Минздрава России № 1130н.

3.2. Организацию и проведение беременным женщинам:

3.2.1. Оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11-14 недель с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, ХА и ПРП, включая УЗИ и забор крови в день проведения УЗИ, в соответствии с приказом Минздрава России

№ 1130н и Алгоритмом, утвержденным настоящим приказом.

3.2.2. УЗИ при сроке беременности 19-21 неделя в соответствии с приказом Минздрава России № 1130н.

3.3. Выполнение требований законодательства Российской Федерации в отношении сведений, представляющих врачебную тайну и персональные данные, при предоставлении отчетов.

3.4. Своевременное предоставление ежеквартальных, в срок до 03 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, и годовых, в срок до 25 февраля года, следующего за отчетным годом, отчетов о случаях рождения детей с ПРП и ХА в прикрепленных к КАОП территориях в медико-генетическую консультацию ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» по форме, утвержденной настоящим приказом.

4. Главному врачу ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» обеспечить:

4.1. Функционирование медико-генетической консультации.

4.2. Биохимическое исследование крови беременных женщин, доставленной из КАОП медицинских организаций Ставропольского края на сывороточные маркеры хромосомной патологии (РАРР-А и свободный β -ХГЧ).

4.3. Комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, риска преждевременных родов и преэклампсии на основании результатов анализа сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения.

4.4. Комплексный расчет индивидуального риска в случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11-14 недель для уточнения диагноза посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

4.5. Выполнение УЗИ и программного перерасчета риска при сроке беременности 19-21 неделя беременным с высоким риском ХА и/или ПРП для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП.

4.6. Медико-генетическое консультирование беременных женщин группы риска по результатам пренатальной диагностики, а также семей из группы риска по врожденной и наследственной патологии для разработки плана обследования, расчета генетического риска и прогноза потомства.

4.7. Проведение инвазивного пренатального исследования с выполнением устанавливающих пренатальный диагноз цитогенетических анализов.

5. Рекомендовать главному врачу автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» принять к исполнению пункты 3, 4.5 – 4.7 настоящего приказа.

6. Директору ГБУЗ СК «МИАЦ» обеспечить:

6.1. Свод отчетов медицинских организаций Ставропольского края о реализации мероприятий по пренатальной диагностике.

6.2. Предоставление сводной информации о реализации мероприятий по пренатальной диагностике в отдел медицинских проблем материнства и детства министерства здравоохранения Ставропольского края (далее - министерство) и в

медико-генетическую консультацию ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» ежемесячно до 05 числа месяца, следующего за отчетным.

7. Главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства и главному внештатному специалисту по ультразвуковой диагностике министерства обеспечить выполнение регулярного аудита (не реже 1 раз в квартал) качества проводимых скрининговых УЗИ, измерений артериального давления, биохимических исследований, полноты ввода данных в программное обеспечение пренатального скрининга «Астрай».

8. Рекомендовать руководителям медицинских организаций частной системы здравоохранения Ставропольского края принять к исполнению пункт 2 настоящего приказа.

9. Признать утратившим силу приказ министерства от 01 ноября 2019 г. № 01-05/1130 «Об организации мероприятий по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае».

10. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

11. Контроль за выполнением пункта 2 настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста по пренатальной диагностике министерства.

12. Контроль за выполнением пункта 3 настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста по ультразвуковой диагностике министерства.

13. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Кузьмину Е.М.

Министр



В.Н. Колесников

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. №_01-05/1184

АЛГОРИТМ

проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края

1. Настоящий алгоритм регулирует проведение комплекса мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка (далее – пренатальная диагностика) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края.

Врач акушер-гинеколог женской консультации, осуществляющий наблюдение за беременной женщиной, информирует ее о целях и методах проведения пренатальной диагностики на всех ее этапах, знакомит с памяткой о необходимости прохождения пренатальной диагностики, в соответствии с рекомендуемой формой, утверждаемой министерством здравоохранения Ставропольского края (далее - министерство), с отметкой о проведенной беседе в обменной карте беременной, роженицы и родильницы.

Беременная женщина при согласии на проведение пренатальной диагностики заполняет и подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При отказе от проведения любого этапа пренатальной диагностики после получения от врача акушера-гинеколога информации в доступной форме о риске для жизни и здоровья будущего ребенка в случае отказа от пренатальной диагностики беременная женщина заполняет и подписывает отказ от медицинского вмешательства.

О каждом случае отказа беременной женщины от проведения пренатальной диагностики лечащим врачом в течение двух рабочих дней информируется по электронной почте lng1967@yandex.ru главный внештатный специалист по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства.

При направлении в кабинет антенатальной охраны плода (далее – КАОП) за пределы муниципального/городского округа Ставропольского края, в котором проживает беременная женщина, транспортировка беременной женщины осуществляется транспортом направляющей медицинской организации.

2. Пренатальная диагностика включает в себя:

2.1. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) при сроке беременности 11-14 недель, которое проводится по протоколу скринингового УЗИ женщин в 11-14 недель беременности по форме, являющейся приложением № 7 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю

«акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 2020 г. № 1130н (далее - Порядок), при наличии направления женской консультации.

УЗИ проводится в КАОП медицинской организации в соответствии с перечнем медицинских организаций Ставропольского края, имеющих в своей структуре КАОП, и прикрепленных к ним территорий, утверждаемым министерством, специалистом пренатальной диагностики, имеющим сертификат FMF (Fetal Medicine Foundation). Результаты УЗИ вносятся специалистом пренатальной диагностики в сетевой программный комплекс «Астрайя».

2.2. Определение в КАОП росто-весовых показателей и уровня артериального давления (далее – АД) при сроке беременности 11-14 недель с занесением всех полученных данных в талон-направление на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободного β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий (далее – ХА), задержки роста плода, преэклампсии (далее - талон-направление) с учетом рекомендуемых требований к содержанию талона-направления, утверждаемых министерством, с целью выявления нарушений развития плода, риска задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и ХА у плода.

2.3. Определение в крови беременной женщины концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода (ассоциированный с беременностью протеин плазмы А (PAPP-A) и свободный бета-хорионический гонадотропин человеческий (β -ХГЧ)) в лаборатории медико-генетической консультации (далее – МГК) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» (далее соответственно – ГБУЗ СК, «СККПЦ № 1») с последующим расчетом риска в сетевом программном комплексе «Астрайя».

Забор крови для исследования биохимических маркеров, измерение росто-весовых показателей и уровня АД у беременных женщин проводится в КАОП в день проведения УЗИ.

Сыворотка крови для исследования доставляется в лабораторию МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» не реже одного раза в 3 дня с соблюдением температурного режима (центрифугирование крови проводится не позже 15 минут после забора крови, до отправки сыворотка хранится в холодильнике при температуре 4 градуса по Цельсию без замораживания).

2.4. УЗИ при сроке беременности 19 - 21 неделя, которое проводится в КАОП по протоколу скринингового УЗИ женщин в 19-21 неделю беременности, по форме, являющейся приложением № 9 к Порядку (с обязательным выполнением цервикометрии).

При выявлении нарушений развития плода беременные женщины, прошедшие первый скрининг (пп. 2.1 - 2.3 настоящего алгоритма), направляются для выполнения УЗИ на аппарате экспертного класса в МГК

ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» или автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (далее – АНМО «СКККДЦ») (по согласованию).

2.5. УЗИ при сроке беременности 30 - 32 недели проводится в медицинских организациях по месту наблюдения беременной женщины по протоколу скринингового УЗИ женщин в 19 - 21 неделю беременности, являющегося приложением № 9 к Порядку (с обязательным выполнением цервикометрии).

При выявлении нарушений развития плода беременные направляются в МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» и АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

3. Медико-генетическое консультирование беременных женщин из группы высокого индивидуального риска хромосомных аномалий (при границе 1/100) и при врожденных пороках развития (далее – ВПР) у плода по результатам пренатальной диагностики проводится врачами-генетиками МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

При подозрении на ВПР и (или) ХА плода беременная, члены ее семьи (при согласии женщины) информируются о необходимости проведения и методах инвазивной диагностики, ее результатах и пренатальном диагнозе, прогнозе для жизни и здоровья будущего ребенка, а также получают рекомендации по дальнейшему ведению беременности.

4. При наличии медицинских показаний инвазивное пренатальное исследование с последующим выполнением цитогенетического анализа полученных материалов проводится на базе МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

4.1. Инвазивное пренатальное исследование проводится после оформления информированного добровольного согласия беременной на медицинское вмешательство под контролем УЗИ, при условии обязательного гинекологического и лабораторного обследования.

4.2. Проведение инвазивного пренатального исследования осуществляет специалист, владеющий инвазивными методами диагностики, при участии врача-лаборанта для визуальной оценки качества и количества полученного материала, который отправляется на цитогенетическое исследование в лабораторию МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

4.3. При выявлении пренатальных нарушений развития ребенка тактика ведения беременности определяется перинатальным консилиумом с учетом решения беременной.

4.4. При выявлении ХА и ВПР тактика ведения беременности по месту наблюдения беременной женщины определяется в соответствии с рекомендациями перинатального консилиума с учетом решения беременной.

4.5. В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии необходимо проведение консультации по закрытому дистанционному каналу связи со

специалистами КАОП ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики вышеуказанных осложнений.

Определение дальнейшей тактики ведения беременности в случае установления высокого риска перечисленных осложнений осуществляется лечащим врачом акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. №01-05/1184

ПРИНЦИПЫ МАРШРУТИЗАЦИИ

беременных женщин для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае *

№ п/п	Этапы пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка	Сроки проведения обследования	Место проведения обследования	Прикрепленный контингент	Методы исследования			
					УЗИ	Забор крови у беременных женщин на маркеры PAPP-A, б-ХГЧ	Биохимическое обследование на маркеры PAPP-A, б-ХГЧ	Инвазивная диагностика
1	2	3	4	5	6	7	8	8
1.	I этап обследования беременных женщин	11 – 14 недель беременности	КАОП медицинских организаций СК, в том числе ГБУЗ СК «СККПЦ», МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», МГК АНМО «СКККДЦ» (по согласованию)	Беременные женщины, состоящие на учете в перечисленных (столбец 4) медицинских организациях и прикрепленное к ним население	+	+	+	+
						По месту проведения УЗИ в день проведения УЗИ	Лаборатория МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1»	МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» и МГК АНМО «СКККДЦ»
2.	II этап обследования беременных женщин (скрининговое УЗИ) при от-	19 – 21 неделя беременности	Беременные с низким риском ХА и/или ПРП, а также не прошедшие	Беременные женщины, состоящие на учете в перечисленных	+	-	-	+

1	2	3	4	5	6	7	8	8
	несении беременной к низкой степени риска по результатам первого этапа		скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, направляются в КАОП при медицинской организации акушерского профиля второй или третьей группы (уровня), беременные с высоким риском - в КАОП (отделение) при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) - ГБУЗ СК «СККПЦ», МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», МГК АНМО «СКККДЦ» (по согласованию)	(столбец 4) медицинских организациях, и прикрепленное к ним население				
3.	III этап обследования беременных женщин (скрининговое УЗИ) при отнесении беременной к	30 – 32 недели беременности	Кабинеты УЗИ медицинских организаций по месту наблюдения беременных женщин	Беременные женщины, состоящие на диспансерном учете	+	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7	8	8
	низкой степени риска по результатам первого и второго этапа		МГК АНМО «СКККДЦ» (по согласованию)	Беременные женщины, группы риска, по ВПР, состоящие на учете в МГК АНМО «СКККДЦ»	+	-	-	+

* Сокращения:

СК – Ставропольский край

КАОП– кабинет антенатальной охраны плода

УЗИ – ультразвуковое исследование

МГК – медико-генетическая консультация

ВПР – врожденные пороки развития

ХА – хромосомные аномалии

РАРР-А – ассоциированный с беременностью протеин плазмы А

б-ХГЧ – свободный бета-хорионический гонадотропин человеческий

ГБУЗ СК «СККПЦ» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (г. Ставрополь, ул. Ломоносова, 44)

ГБУЗ СК «СККПЦ №1» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр №1» (г. Ставрополь, ул. Семашко, 3/1)

АНМО «СКККДЦ» – автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (г. Ставрополь, ул. Ленина, 304)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

СХЕМА

направления беременных женщин в медико-генетическую консультацию при подозрении на врожденные пороки развития плода и хромосомные аномалии плода при любом сроке беременности

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее - ГБУЗ СК) «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1»	ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»	Автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (по согласованию)
г. Ставрополь	г. Ставрополь	г. Ставрополь
Александровский муниципальный округ		Андроповский муниципальный округ
Апанасенковский муниципальный округ		горд-курорт Ессентуки
Арзгирский муниципальный округ		горд-курорт Кисловодск
Изобильненский городской округ		г. Лермонтов (по согласованию)
Ипатовский городской округ		Минераловодский городской округ
Кочубеевский муниципальный округ		горд-курорт Пятигорск
Благодарненский городской округ		г. Невинномысск
Буденновский муниципальный округ		Грачевский муниципальный округ
Георгиевский городской округ		Красногвардейский муниципальный округ
горд-курорт Железноводск		Курский муниципальный округ
Кировский городской округ		Петровский городской округ
Левокумский муниципальный округ		Предгорный муниципальный округ
Нефтекумский городской округ		Степновский муниципальный округ
Новоалександровский городской округ		Труновский муниципальный округ
Новоселицкий муниципальный округ		Туркменский муниципальный округ
Советский городской округ		Шпаковский муниципальный округ
Труновский муниципальный округ		

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/П184

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

к содержанию талона-направления на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободного β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными ультразвукового исследования для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии

Талон — направление на исследование сывороточных маркеров PAPP-A и свободного β-ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ (приложить ксерокопию полиса)	Место для наклейки со штрих-кодом
<p>Ф.И.О. беременной: _____ Дата рождения: _____ Номер карты беременной: _____ Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____ Район: _____ Нас. пункт: _____ Телефон: _____ Профессия: _____ Город: _____ Наименование женской консультации: _____ Ф.И.О. врача _____ Контактный телефон _____</p>	
<p style="text-align: center;">Анамнез:</p> <p>Первый день последней менструации _____ Количество беременностей (всего) _____ Количество родов (всего) _____ Количество беременностей (прогрессировавших более 24 нед.) _____ Количество родов в сроки 22 - 30 недель _____ Количество родов в сроки 31 - 36 недель _____ Количество беременностей, завершившихся в 16 - 30 недель _____ Количество родов после 37 недель _____ Этническая группа: белая; черная; азиатка; восточная Азия; другое (подчеркнуть) Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть) Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип, гестационный; инсулин, метформин, диета (подчеркнуть) Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть) Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть) Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть) Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих): да; нет (подчеркнуть) Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности для повторнородящих: да; нет (подчеркнуть) Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)</p>	

Зачатие: естественное; экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО); инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)
 Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации ____ лет; донорская яйцеклетка: возраст донора ____ лет; донорский эмбрион: возраст донора ____ лет;
 Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: трисомия 21; трисомия 18; трисомия 13 (подчеркнуть)

Данные об обследовании (заполняются в КАОП 2-го уровня)

Адрес КАОП _____

Вес пациентки (кг): _____

Рост пациентки (см): _____

Артериальное давление:

Левая рука:

Систолическое АД 1 Диастолическое АД 1 _____ мм рт. ст.

Систолическое АД 2 Диастолическое АД 2 _____ мм рт. ст.

Правая рука:

Систолическое АД 1 Диастолическое АД 1 _____ мм рт. ст.

Систолическое АД 2 Диастолическое АД 2 _____ мм рт. ст.

УЗ - ДАННЫЕ ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ

(заполняются врачом УЗД)

Дата _____

Врач УЗД (Ф.И.О., печать врача) _____

FMF сертификат _____ FMF ID _____

Многоплодная беременность: да; нет;

Количество плодов: _____

Хориальность: монохориальная (моноамниотическая; диамниотическая);
 дихориальная;

*Маточная артерия: ПИ слева _____ ПИ справа _____

*Длина цервикального канала _____ мм

Плод 1:

КТР _____ мм;

*ТВП _____ мм

*Носовая кость:

определяется ,

не определяется/

гипоплазирована ,

*Венозный проток

ПИ: _____, реверсивный

кровоток в ВП ,

*Трикуспидальная

регургитация: _____

*ЧСС _____ уд. в мин.

*Эхо-маркеры патологии:

Плод 2:

КТР _____ мм;

*ТВП _____ мм

*Носовая кость:

определяется ,

не определяется/

гипоплазирована ,

*Венозный проток

ПИ: _____, реверсивный

кровоток в ВП ,

*Трикуспидальная

регургитация: _____

*ЧСС _____ уд. в мин.

*Эхо-маркеры патологии:

Плод 3:

КТР _____ мм;

*ТВП _____ мм

*Носовая кость:

определяется ,

не определяется/

гипоплазирована ,

*Венозный проток

ПИ: _____, реверсивный

кровоток в ВП ,

*Трикуспидальная

регургитация: _____

*ЧСС _____ уд. в мин.

*Эхо-маркеры патологии:

1. Голопрозэнцефалия <input type="checkbox"/> ; 2. АВК <input type="checkbox"/> ; 3. Омфалоцеле содержит петли кишечника <input type="checkbox"/> ; содержит печень <input type="checkbox"/> ; 4. Мегацистис (диаметр) _____ мм 5. Диафрагмальная грыжа <input type="checkbox"/> ; Комментарии (находки) _____	*Эхо-маркеры патологии: 1. Голопрозэнцефалия <input type="checkbox"/> ; 2. АВК <input type="checkbox"/> ; 3. Омфалоцеле содержит петли кишечника <input type="checkbox"/> ; содержит печень <input type="checkbox"/> ; 4. Мегацистис (диаметр) _____ мм 5. Диафрагмальная грыжа <input type="checkbox"/> ; Комментарии (находки) _____	1. Голопрозэнцефалия <input type="checkbox"/> ; 2. АВК <input type="checkbox"/> ; 3. Омфалоцеле содержит петли кишечника <input type="checkbox"/> ; содержит печень <input type="checkbox"/> ; 4. Мегацистис (диаметр) _____ мм 5. Диафрагмальная грыжа <input type="checkbox"/> ; Комментарии (находки) _____
Биохимический скрининг Дата взятия крови: ____/____/20____ года Ф.И.О. и подпись медицинской сестры: Подпись и печать врача КАОП:		ПЕЧАТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

* дополнительные параметры необходимые для расчета риска хромосомных аномалий плода, преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов.

Примечание: талон-направление на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и свободного β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными ультразвукового исследования для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии из кабинета антенатальной охраны плода передается в лабораторию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» для биохимического исследования материнских сывороточных маркеров РАРР-А и свободного β -ХГЧ вместе с образцом крови беременной женщины для расчета индивидуального риска хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии и статистического учета случаев.

При измерении артериального давления (далее – АД) необходимо соблюдать следующие правила:

положение пациента сидя в удобной позе, рука находится на столе на уровне сердца, нижний край манжеты (ширина 12-13 см, длина 35 см) должен быть на 2 см выше локтевого сгиба, размер манжеты должен соответствовать размеру руки;

АД измеряют в состоянии покоя (после 5 минутного отдыха) 2 раза с интервалом не менее минуты;

при разнице ≥ 5 мм рт. ст. производят одно дополнительное измерение, при этом два последних значения усредняются;

АД измеряют на обеих руках, если оно разное, то ориентируются на более высокие значения;

у пациенток, страдающих сахарным диабетом, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа, и учитывать более высокое АД:

показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

рекомендуется при измерении АД регистрировать диастолическое АД по фазе тонов Короткова 5 (К5) (исчезновение шумов) или 4 (затихание), если К5 не поддаётся измерению;

момент появления первых звуков соответствует I фазе тонов Короткова и показывает систолическое АД, диастолическое АД регистрируется в К5 (прекращение).

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

ФОРМА

ОТЧЕТ

о реализации мероприятий по пренатальной
(дородовой) диагностике нарушений развития ребенка

(наименование медицинской организации)

за _____ 20__ год

№ п/п	Наименование показателя	Количество (чел.)
1.	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации всего:	
	из них в сроке до 14 недель	
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11–14 недель, всего:	
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка на экспертном уровне на сроке 11–14 недель, всего:	
	из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности	
	из-за отказа от обследования на экспертном уровне	
	другие причины (указать)	
4.	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11–14 недель, всего:	
	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по развитию ПЭ в сроке 11–14 недель, всего:	
	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по развитию ЗРП в сроке 11–14 недель, всего:	
	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по развитию ПР в сроке 11–14 недель, всего:	
	по результатам УЗИ	
	по материнским сывороточным маркерам (РАРР-А, ХГЧ)	
	по сочетанным маркерам (УЗИ, РАРР-А, ХГЧ)	
5.	Число беременных группы высокого риска по хромосомной патологии у плода, направленных на пренатальную инвазивную диагностику, всего:	
	Число беременных группы высокого риска по ПЭ, проконсультированных по закрытому каналу связи всего:	
	Число беременных группы высокого риска по ЗРП, проконсультированных по закрытому каналу связи всего:	

	Число беременных группы высокого риска по ПЭ, принимающих аспирин, всего:	
	Число беременных группы высокого риска по ЗРП, принимающих аспирин, всего:	
	число прошедших инвазивное обследование	
	число отказавшиеся от инвазивного обследования	
6.	Количество проведенных инвазивных процедур, всего:	
	биопсия ворсин хориона	
	плацентоцентез	
	амниоцентез	
7.	кордоцентез	
	Выявлено хромосомной патологии у плода всего:	
	синдром Дауна	
	синдром Эдвардса	
	синдром Патау	
	синдром Шерешевского-Тернера	
синдром Кляйнфельтера		
	другие хромосомные аномалии (указать)	
8.	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ВПР) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
9.	Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, всего:	
	в сроке беременности до 14 недель	
	на сроке беременности до 22 недель	
	на сроке беременности после 22 недель	
	по хромосомной патологии	
	по нежизнеспособным ВПР	
10.	Число родившихся детей с пороками у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
	не диагностированы при обследовании	
11.	Число родившихся детей с пороками у женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка	
12.	Число умерших детей в возрасте 0 – 1 года от ВПР	
	ВПР не был диагностирован до рождения	

Дополнительно указать (при наличии информации): исход беременности у женщин с врожденными аномалиями развития у ребенка (роды, самопроизвольный выкидыш, индуцированный выкидыш).

(Ф.И.О. должностного лица)

(подпись)

Примечание: отчет представляется ежемесячно до 03 числа месяца, следующего за отчетным, по электронной почте на адрес: lng1967@yandex.ru и на бумажном носителе главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства здравоохранения Ставропольского края и в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» по электронной почте на адрес: gnv@skmiac.ru.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

ФОРМА

Ежеквартальный и годовой отчет о случаях рождения детей с пороками развития и хромосомными аномалиями

№ п/п	Ф.И.О.	Наименование медицинской организации, в которой беременная состояла на диспансерном учете	Адрес, телефон роженицы	Наименование медицинской организации, в которой произошли роды, дата родов, наименование медицинской организации, в которую переведен ребенок	Обследование по алгоритму пренатальной диагностики 1-й скрининг: наличие патологии, Ф.И.О. врача УЗД, 2-й скрининг: наличие патологии, Ф.И.О. врача УЗД, 30-32 недели: наличие патологии, Ф.И.О. врача УЗД	Заключение перинатального консилиума (дата проведения, срок беременности, рекомендации)	ИТОГ (заключительный диагноз, где проводилось дальнейшее лечение. В случае смерти - патологоанатомический диагноз)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							

Примечание: отчет представляется ежеквартально до 03 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в медико-генетическую консультацию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1». Годовой отчет предоставляется до 25 февраля года, следующего за отчетным годом, в медико-генетическую консультацию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1», по электронной почте на адрес: lng1967@yandex.ru и на бумажном носителе главному внештатному

специалисту по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства здравоохранения Ставропольского края и в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» по электронной почте на адрес: gnv@skmiac.ru.

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о специалисте кабинета антенатальной охраны плода при медицинской организации акушерского профиля второй и третьей группы (уровня)

1. На должность заведующего кабинета антенатальной охраны плода (далее – КАОП) врача - акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (далее – квалификационные требования), по специальности «акушерство и гинекология», прошедший повышение квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

2. На должность врача-специалиста КАОП (далее – специалист) назначается врач, имеющий действующий сертификат по специальности «ультразвуковая диагностика», получивший в установленном порядке специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода и сертификат FMF (Fetal Medicine Foundation).

3. Основной задачей заведующего КАОП является реализация мероприятий, направленных на проведение высококвалифицированной пренатальной диагностики. Заведующий КАОП:

3.1. Осуществляет свою деятельность во взаимодействии с отделом медицинских проблем материнства и детства министерства здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) и с главным внештатным специалистом по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства, вносит предложения по вопросам улучшения работы КАОП.

3.2. Ведет медицинскую и другую необходимую документацию, касающуюся количественных и качественных показателей работы КАОП.

3.3. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах, на которых рассматриваются вопросы пренатальной диагностики.

3.4. Регулярно (не реже 1 раз в месяц) проводит аудит качества проводимых исследований врачами ультразвуковой диагностики КАОП.

3.5. Разрабатывает и вводит в ежедневную работу специалистов КАОП стандартные операционные процедуры (далее – СОП) по всем видам

скрининговых исследований.

4. Специалист КАОП:

4.1. Проводит ультразвуковые исследования (далее – УЗИ) в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н, вносит результаты УЗИ в сетевой программный комплекс «Астрайя» (при его наличии).

4.2. Определяет у беременных женщин росто-весовые показатели и уровень артериального давления в сроки 11 - 14 недель в целях выявления нарушений развития плода, задержки развития плода, преждевременных родов, преэклампсии и хромосомных аномалий (далее – ХА) плода. Заполняет талон-направление на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и свободного β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков ХА, задержки роста плода, преэклампсии (далее - талон-направление) с учетом рекомендуемых требований к содержанию талона-направления, утверждаемых министерством, разборчивым почерком, обязательно указывая доступный телефон врача и беременной женщины.

4.3. Предоставляет сохраненные на цифровом носителе данные УЗИ главному внештатному специалисту по ультразвуковой диагностике министерства по его запросу (при условии подписания пациентом информированного согласия на передачу данных обследования третьим лицам).

4.4. Обеспечивает сохранность и технически грамотную эксплуатацию медицинской техники в КАОП.

4.5. Принимает участие в клинко-анатомических разборах случаев диагностики нарушений внутриутробного развития плода и заседаниях перинатального консилиума.

4.6. Повышает в установленном порядке свою профессиональную квалификацию. Осваивает и внедряет в практику новые методики диагностики нарушений внутриутробного развития плода.

4.7. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах, на которых рассматриваются вопросы пренатальной диагностики.

4.8. Ежегодно проходит повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ. Имеет все необходимые лицензии для расчета риска ХА, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии.

4.9. Ежедневно использует в своей работе СОП по всем видам скрининговых исследований.

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций Ставропольского края, имеющих в своей структуре кабинеты антенатальной охраны плода, и прикрепленных к ним территорий

№ п/п	Наименование медицинской организации, имеющей в своей структуре кабинет антенатальной охраны плода	Прикрепленные территории
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1»	1) Буденновский муниципальный округ, 2) Благодарненский городской округ
2.	ГБУЗ СК «Ессентукский межрайонный родильный дом»	город-курорт Ессентуки
3.	ГБУЗ СК «Кисловодский межрайонный родильный дом»	город-курорт Кисловодск
4.	ГБУЗ СК «Минераловодский межрайонный родильный дом»	1) Минераловодский городской округ, 2) Георгиевский городской округ, 3) город-курорт Железноводск, 4) Кировский городской округ, 5) Советский городской округ
5.	ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный родильный дом»	1) город-курорт Пятигорск, 2) г. Лермонтов (по согласованию), 3) Курский муниципальный округ, 4) Предгорный муниципальный округ, 5) Степновский муниципальный округ
6.	ГБУЗ СК «Пятигорская городская клиническая больница № 2»	город-курорт Пятигорск

7.	ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1»	<ol style="list-style-type: none"> 1) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 1» города Ставрополя, 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр», 3) Александровский муниципальный округ, 4) Апанасенковский муниципальный округ, 5) Арзгирский муниципальный округ, 6) Изобильненский городской округ, 7) Ипатовский городской округ, 8) Кочубеевский муниципальный округ, 9) Левокумский муниципальный округ, 10) Нефтекумский городской округ, 11) Новоалександровский городской округ, 12) Новоселицкий муниципальный округ
8.	ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»	<ol style="list-style-type: none"> 1) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» города Ставрополя, 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 5» города Ставрополя
9.	Автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (по согласованию)	<ol style="list-style-type: none"> 1) территория обслуживания государственного автономного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская поликлиника № 3» города Ставрополя, 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника» города Ставрополя,

		3) Грачевский муниципальный округ, 4) Труновский муниципальный округ, 5) Туркменский муниципальный округ, 6) Петровский городской округ, 7) Шпаковский муниципальный округ, 8) г. Невинномысск
10.	ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» города Ставрополя	территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» города Ставрополя

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о перинатальном консилиуме

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регламентирует деятельность перинатального консилиума.

1.2. Перинатальный консилиум создается с целью выработки тактики по ведению беременности при выявлении пороков развития плода (далее – ПРП), совместимых с жизнью, а также ПРП, хромосомной или другой патологии плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни.

1.3. Перинатальный консилиум организуется на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ»).

1.4. Состав перинатального консилиума и состав внешних специалистов перинатального консилиума утверждается ГБУЗ СК «СККПЦ».

1.5. В своей деятельности перинатальный консилиум руководствуется Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации, законодательством Ставропольского края, а также настоящим примерным положением.

2. Функции перинатального консилиума

2.1. Определение дальнейшей тактики ведения беременности в случае направления беременной из медико-генетической консультации (далее – МГК) либо медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение беременной, по следующим показаниям:

2.1.1. ПРП, выявленные пренатально при проведении ультразвукового исследования в любом сроке беременности, в том числе:

2.1.1.1. ПРП, совместимые с жизнью.

2.1.1.2. ПРП (изолированные или множественные), требующие хирургической коррекции.

2.1.1.3. ПРП, не совместимые с жизнью.

2.1.2. Наследственные заболевания плода.

2.1.3. Хромосомные аномалии (далее – ХА) плода.

2.1.4. Патология плода, возникшая вследствие его внутриутробного инфицирования.

2.2. Решение вопроса о необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям независимо от срока беременности при наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при ХА, ПРП, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию.

При проведении прерывания беременности в связи с ПРП, в случае перинатальной смерти проводится верификация диагноза на основе патологоанатомического исследования плода и экспертной оценки архивированных ультразвуковых сканов и клипов, а также данных магнитно-резонансной томографии/компьютерной томографии.

Верификация антенатального диагноза ПРП или ХА после рождения ребенка осуществляется профильными специалистами.

2.3. Направление беременных для родоразрешения в акушерские стационары, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, если по заключению пренатального консилиума возможна хирургическая коррекция ПРП в неонатальном периоде. В таких случаях в состав пренатального консилиума должен входить врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог и врач детский хирург.

2.4. Направление при невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Ставропольском крае беременных в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи, после проведения перинатального консилиума, в состав которого входят врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач детский кардиолог и врач детский хирург при наличии ПРП плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде.

2.5. Определение прогноза для развития плода и жизни новорожденного в случае подтверждения ПРП у плода, требующего хирургической помощи, комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача-генетика, врача детского хирурга, врача-кардиолога с выдачей заключения перинатального консилиума на руки беременной для предъявления по месту наблюдения по беременности.

2.6. Составление плана лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом стационаре при подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству по поводу пороков сердечно-сосудистой системы перинатальным консилиумом, в состав которого входят врач акушер-гинеколог, врач детский кардиолог, врач-неонатолог.

2.7. Направление беременных для родоразрешения в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния при наличии у плода изолированного ПРП (поражение одного органа или системы).

2.8. Направление беременных с ПРП плода на консультацию (очную либо заочную) врачами-специалистами федеральных специализированных медицинских учреждений.

2.9. Направление на дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода, консультации специалистов соответствующего профиля) при наличии у плода ПРП, часто сочетающегося с ХА, или наличии множественных ПРП, в максимально ранние сроки беременности.

2.10. Информирование беременной, членов ее семьи (по согласию беременной) о необходимости прерывания беременности, о характере и тяжести изменений у ребенка, о возможном объеме и длительности лечения после рождения, о возможной степени утраты физических и психических параметров здоровья (инвалидизации), о прогнозе для жизни ребенка.

2.11. Проведение заседаний перинатального консилиума по разбору случаев несвоевременного выявления ПРП и ХА плода и случаев перинатальной и младенческой смертности от указанных причин.

3. Порядок работы перинатального консилиума

3.1. Врач акушер-гинеколог, осуществляющий наблюдение беременной при наличии показаний, определенных настоящим положением, и в соответствии со схемой направления беременных женщин в МГК при подозрении на врожденные ПРП и ХА плода при любом сроке беременности, утверждаемой министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), при подозрении на врожденные ПРП и ХА плода в любом сроке беременности, обязан направить беременную женщину в МГК в день выявления патологии.

3.2. При направлении беременной в МГК врач акушер-гинеколог выдает ей следующие документы: направление, выписку из обменной карты беременной, роженицы и родильницы (или обменную карту беременной, роженицы и родильницы), результаты проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, результаты проведенного обследования, заключения соответствующих специалистов.

3.3. Врач-генетик МГК на основании представленных документов и дополнительно проведенного обследования в случае установления в МГК

пренатального диагноза ПРП у плода (либо подозрении на ПРП и ХА плода) рекомендует беременной женщине консультацию внешнего специалиста перинатального консилиума (по профилю патологии плода).

3.4. Врач акушер-гинеколог женской консультации, осуществляющий наблюдение беременной женщины, направляет её на консультацию к внешнему специалисту (по профилю патологии плода) после согласования даты и времени консультации с внешним специалистом (либо администрацией медицинской организации, в которую направляется беременная женщина), а затем на перинатальный консилиум.

При подозрении на ПРП сердечно-сосудистой системы у плода, изолированные или в сочетании с другими аномалиями развития, перед направлением к внешнему специалисту детскому кардиологу беременная женщина направляется в МГК автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (далее – АНМО «СКККДЦ») (по согласованию) для проведения дуплексного сканирования сердца и сосудов плода с целью верификации диагноза и подготовки видеоматериалов на цифровых носителях для дальнейшего консультирования в условиях региональных и федеральных медицинских организаций.

3.5. Заседания перинатального консилиума проводятся еженедельно. При необходимости срочного решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной может быть проведено внеочередное заседание перинатального консилиума.

3.6. Перинатальный консилиум анализирует предоставленную медицинскую документацию, заключение врача-генетика, заключение внешнего специалиста перинатального консилиума, представленное по рекомендуемой форме, утверждаемой министерством, определяет тактику ведения беременности при выявлении у плода ПРП, совместимых с жизнью, а также ПРП, хромосомной или другой патологии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода и новорожденного.

3.7. Решение перинатального консилиума принимается большинством голосов членов перинатального консилиума. При равном количестве голосов членов перинатального консилиума решающим является голос его председателя.

3.8. По результатам решения перинатального консилиума оформляется заключение в соответствии с рекомендуемой формой, утверждаемой министерством.

3.9. Заключение перинатального консилиума подписывается председателем и членами перинатального консилиума. Решение перинатального консилиума обязательно для исполнения медицинскими организациями Ставропольского края, в которые для дальнейшего оказания медицинской помощи направляется беременная женщина.

3.10. Помимо беременной женщины на перинатальном консилиуме могут присутствовать лица, указанные в информированном добровольном

согласии на медицинское вмешательство, заполняемом беременной женщиной перед проведением перинатального консилиума.

3.11. Заключение заверяется подписью беременной, свидетельствующей о том, что она ознакомлена с решением перинатального консилиума.

3.12. Заключение перинатального консилиума выдается беременной женщине. Копии заключения перинатального консилиума передаются секретарю и председателю перинатального консилиума, направляются по защищенному каналу связи в медицинскую организацию, направившую беременную женщину на перинатальный консилиум.

3.13. В случае наличия показаний для прерывания беременности по медицинским показаниям (предусмотренных федеральным законодательством) и принятия беременной женщиной решения о прерывании беременности при пренатально диагностированных ПРП плода и хромосомных нарушениях беременная женщина направляется перинатальным консилиумом в гинекологическое или акушерское отделение медицинской организации для прерывания беременности.

При выборе медицинской организации для проведения прерывания беременности перинатальный консилиум учитывает территориальную доступность медицинской организации для беременной, срок беременности, наличие сопутствующей патологии у беременной.

3.14. Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы.

Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний. При наличии других противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью беременной) вопрос решается перинатальным консилиумом индивидуально.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

на перинатальный консилиум

_____ (наименование медицинской организации, направляющей пациентку)

1. Ф.И.О. беременной _____
2. Дата рождения _____
3. Мобильный телефон _____
4. Адрес проживания _____
Населенный пункт _____
5. Ф.И.О. врача _____
6. Контактный тел. врача _____
7. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА (наличие скрининга):
Скрининг в 11-14 недель: да/нет; скрининг в 19-21 неделю: да/нет.
8. ДИАГНОЗ:
Беременность ____ недель ____ дней _____

ЦЕЛЬ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПРЕНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ:

Врач: _____
(Ф.И.О., подпись)

Главный врач: _____ М. П.
(Ф.И.О., подпись)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

перинатального консилиума

Выдано « ____ » _____ 202__ г.

Медицинская организация, куда направляется беременная для оказания
медицинской помощи _____

Фамилия, имя, отчество беременной _____

Возраст _____

Место жительства _____

Место работы _____

Диагноз _____

Согласно решению перинатального консилиума, рекомендовано _____

Подпись беременной

С решением перинатального консилиума ознакомлена: _____

Председатель перинатального консилиума _____ (_____)

Члены перинатального консилиума

_____ (_____)

м.п.

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

внешнего специалиста перинатального консилиума

Дата направления «__» __20__ г. Дата консультации «__» __20__ г.

Ф.И.О. беременной: _____

Дата рождения: _____

Место жительства: _____

Профессия: _____

Диагноз медико-генетической консультации при направлении к специалисту:

Цель консультации специалиста:

Диагноз специалиста:

Прогноз для жизни и здоровья: _____

Заключение специалиста:

Рекомендации специалиста:

Специалист _____ Подпись _____ (_____)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ПАМЯТКА

о необходимости прохождения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка

Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка (далее - пренатальная диагностика) – это система мер, направленная на оценку развития плода с целью внутриутробной диагностики врожденных пороков развития, хромосомной, генной патологии, а также оценки риска развития таких грозных осложнений беременности как преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода.

Это обширная область медицины, занимающаяся контролем за развитием будущего ребенка с самых ранних сроков беременности до появления малыша на свет.

Пренатальная диагностика является регламентированным видом медицинской помощи населению. Основной целью пренатальной диагностики является своевременное установление диагноза с последующим определением тактики ведения беременности.

Каждая беременная женщина, вставшая на учет по беременности в женской консультации до 14 недель, направляется лечащим врачом в кабинет антенатальной охраны плода для проведения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) в сроке 11-14 недель врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ и имеющими соответствующий сертификат.

В кабинете антенатальной охраны плода в день проведения УЗИ осуществляется забор крови для определения материнских сывороточных маркеров РААР-А и свободной бета-ХГЧ. Сыворотка крови из всех кабинетов антенатальной охраны плода доставляется на исследование в лабораторию медико-генетической консультации государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1», где данные УЗИ и биохимического исследования вносятся в специальную программу для расчёта риска хромосомной патологии плода, задержки развития плода, риска развития преэклампсии и преждевременных родов.

В Ставропольском крае функционируют 10 кабинетов антенатальной охраны плода на базе следующих медицинских организаций:

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1».

2. ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр».

3. ГБУЗ СК «Ессентукский межрайонный родильный дом».

4. ГБУЗ СК «Кисловодский межрайонный родильный дом».

5. ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный родильный дом».

6. ГБУЗ СК «Пятигорская городская клиническая больница № 2».

7. ГБУЗ СК «Минераловодский межрайонный родильный дом».

8. ГБУЗ СК «Ставропольский краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1».

9. ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» города Ставрополя.

10. Автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр».

В случае выявления высокого риска развития осложнений всех беременных женщин приглашают пройти дополнительное обследование в медико-генетической консультации с целью выполнения УЗИ на аппарате экспертного класса, медико-генетического консультирования, консультации акушера-гинеколога и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения данной беременности на базе консультативно-диагностической поликлиники ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1».

Пациенткам, живущим за пределами г. Ставрополя, такие консультации осуществляются дистанционно с применением телемедицинских технологий.

В случае выявления высокого риска наличия у плода хромосомных аномалий предлагается проведение инвазивной пренатальной диагностики.

Инвазивные методы диагностики – это группа методов, позволяющих получать для анализа биологический материал плодового происхождения (ворсины хориона или плаценты, околоплодная жидкость, пуповинная кровь). Целью проведения такого исследования является диагностика хромосомных (аномалии количества и структуры хромосом) и моногенных (изменение структуры гена) болезней.

Выбор метода осуществляется с учетом срока беременности и конкретной патологии. Данные методы диагностики являются добровольными и проводятся с непосредственного согласия пациентки только после консультации врачом пренатальной диагностики и генетиком.

При сроке беременности 19-21 неделя все беременные женщины, состоящие на диспансерном учете в женской консультации, направляются лечащими врачами в кабинеты антенатальной охраны плода с целью выполнения второго скрининга, который включает в себя только УЗИ. Второй скрининг выполняется с целью выявления пороков развития плода, возникающих в этом сроке беременности.

Все мероприятия пренатальной диагностики направлены на раннее выявление патологических состояний плода и беременной с целью своевременной коррекции, лечения, выбора места и срока родоразрешения для сохранения жизни, здоровья матери и новорожденного.

Ознакомлена _____
(подпись беременной женщины)

Врач _____
(подпись врача)

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства
здравоохранения Ставропольского края
от 28 сентября 2022 г. № 01-05/1184

РЕКОМЕНДАЦИИ

к деятельности кабинета антенатальной охраны плода

1. Организация деятельности кабинета антенатальной охраны плода (далее – КАОП) определяется Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 августа 2020 г. № 1130н.

2. Для надлежащей организации деятельности КАОП медицинским организациям Ставропольского края рекомендуется в положении о деятельности КАОП указывать следующие функции:

2.1. КАОП организуется на функциональной основе в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края второй группы (уровня) и третьей группы (уровня) и автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (далее – АНМО «СКККДЦ»), осуществляющих постановку на учет и наблюдение беременных женщин. Руководство деятельностью КАОП осуществляет заведующий – врач акушер-гинеколог.

2.2. Руководитель медицинской организации, в которой организован КАОП, в соответствии с перечнем медицинских организаций Ставропольского края, имеющих в своей структуре КАОП и прикрепленных к ним территорий (далее – перечень), утверждаемым министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство):

2.2.1. Осуществляет контроль за работой КАОП.

2.2.2. Утверждает штатное расписание в пределах установленного фонда заработной платы медицинской организации. Допускается работа одного врача - специалиста КАОП в двух и более КАОП различных медицинских организаций при соблюдении требований законодательства Российской Федерации и законодательства Ставропольского края.

2.2.3. Определяет в установленном порядке повышающий коэффициент к окладу за сложность выполняемых работ врачам ультразвуковой диагностики, осуществляющим ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) в рамках первого и второго скрининга пренатальной диагностики (в 11-14 недель и 19-21 недель соответственно).

2.2.4. Решает вопросы материально-технического снабжения.

2.3. Основными функциями КАОП при медицинской организации акушерского профиля второй группы (уровня) являются:

2.3.1. Забор образцов крови в день проведения УЗИ у беременных женщин в сроках беременности 11-14 недель для определения материнских

сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (далее - свободный β -ХГЧ).

2.3.2. Заполнение талона-направления на исследование сывороточных маркеров РАРР-А и свободного β -ХГЧ у женщины в 11-14 недель беременности с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий (далее – ХА), задержки роста плода, преэклампсии (далее - талон-направление) с учетом рекомендуемых требований к содержанию талона-направления, утверждаемых министерством. Все графы талона-направления заполняются разборчивым почерком, обязательно указывается доступный телефон врача и беременной.

2.3.3. Транспортировка образцов крови в лабораторию медико-генетической консультации организации акушерского профиля третьей группы (уровня) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ № 1») для биохимического исследования и расчета рисков ХА, ЗРП, ПР, ПЭ.

2.3.4. Заполнение модуля второго триместра в сетевом программном комплексе «Астрай» (при его наличии).

2.3.5. Направление на консультирование и подтверждающую диагностику в медико-генетическую консультацию ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

2.3.6. Проведение организационно-методической и диагностической работы кабинета КАОП во взаимодействии с медико-генетическими консультациями ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» и АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

2.4. Основными функциями КАОП при медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) ГБУЗ СК «СККПЦ №1» являются:

2.4.1. Проведение консультации по закрытому каналу связи в случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии.

2.4.2. Основными функциями КАОП при АНМО «СКККДЦ» (по согласованию) являются подпункты 5.2, 5.4, 5.5, 5.7 настоящих рекомендаций.