



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ - ЮГРА
(Тюменская область)

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ**

ОКПО 34456252
ОКУД 1251151

П Р И К А З

20 июля 2010 года

№ 349

«О порядке оказания
перинатальной помощи
в Ханты - Мансийском
автономном округе – Югре»

В целях совершенствования перинатальной помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, в соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации № 170-р от 14 февраля 2008 года «Об утверждении плана мероприятий по реализации концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» по переходу в 2008-2012 годах субъектов Российской Федерации на выхаживание детей, родившихся в сроки беременности 22 недели и более и/или с низкой и экстремально низкой массой тела, в соответствии с критериями регистрации рождений, рекомендованными Всемирной Организации Здравоохранения; приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 808-н от 2.10.2009 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ

1. утвердить:

- 1.1. Этапы оказания перинатальной помощи в Ханты - Мансийском автономном округе - Югре (приложение 1).
- 1.2. Перечень государственных учреждений здравоохранения и организацию специализированной перинатальной помощи (приложение 2).

- 1.3. Порядок оказания медицинской помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения автономного округа (приложение 3).
- 1.4. Распределение муниципальных образований по принадлежности к перинатальным центрам автономного округа (приложение 4).
- 1.5. Порядок госпитализации беременных в государственные учреждения здравоохранения и перинатальные центры (приложение 5).
- 1.6. Порядок взаимодействия и организацию работы совместных консилиумов государственных учреждений здравоохранения при оказании помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями и пороками плода (приложение 6).
- 1.7. Перечень учреждений и порядок госпитализации новорожденных с врождёнными пороками, требующими хирургического лечения в неонатальном периоде (приложение 7).
- 1.8. Порядок оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в государственных учреждениях здравоохранения (приложение 8).
- 1.9. Форму карты транспортировки новорождённого (приложение 9).
- 1.10. Инструкцию патологоанатомического исследования последов новорождённых (приложение 10).
- 1.11. Форму протокола патологоанатомического исследования последов новорождённых (приложение 11).
- 1.12. Форму информированного добровольного отказа от прерывания беременности при выявлении несовместимых с жизнью врождённых пороков развития плода (тяжёлых врождённых заболеваний) (приложение 12).
- 1.13. Положение об организации деятельности отделения (палат) патологии новорождённых и недоношенных детей в БУ автономного округа «Окружная клиническая детская больница» (приложение 13).
2. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения автономного округа от 20.01.2003 года № 20 «Об организации перинатальных центров в Ханты - Мансийском автономном округе».
3. Главному врачу Учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицины катастроф» (А.А.Громут) обеспечить соблюдение необходимых условий транспортировки детей, в том числе недоношенных с низкой массой тела, при госпитализации в окружные учреждения.
4. Руководителям муниципальных органов управления здравоохранением, главным врачам государственных лечебно-профилактических учреждений оказывать содействие в первоочередном оснащении подразделений детства и

родовспоможения оборудованием, медикаментами и расходными материалами за счёт средств бюджета, обязательного медицинского страхования, муниципальных, окружных и федеральных целевых программ.

5. Заместителю директора – начальнику Управления развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения (Т.Д.Овечкина) обеспечить направление беременных с тяжёлыми заболеваниями плода для родоразрешения в профильные федеральные учреждения.
6. Рекомендовать руководителям Ханты - Мансийской государственной медицинской академии (Ф.И.Петровский), медицинского института Сургутского государственного университета (Л.В.Коваленко) осуществлять последиplomную подготовку специалистов перинатальной медицины.
7. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора - начальника управления развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Т.Д.Овечкину.

Директор

подпись

В.С.Кольцов

Приложение 1
к приказу Департамента здравоохранения № 349
от 20 июля 2010 года

Этапы оказания перинатальной помощи в автономном округе

Этапы	Группы	Учреждения и подразделения родовспоможения
I	<p>Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам, новорождённым с низкой степенью риска по перинатальной патологии и репродуктивным потерям, не имеющих гестационных осложнений и экстрагенитальной патологии при настоящей беременности и в прошлом.</p>	<p>МЛПУ «Игримская районная больница», МЛПУ «Пионерская районная больница №2», МУ «Кондинская участковая больница», «Приобская городская больница», МУ «Районная больница» Новоанганска, МУЗ «Центральная городская больница» г.Покачи, МУЗ «Центральная районная больница №1» пгт. Пойковский</p>
II	<p>Медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам, новорождённые со средней степенью риска по перинатальной патологии и репродуктивным потерям, имеющих осложненное течение беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, компенсированную соматическую патологию.*</p>	<p>МУЗ «Берёзовская центральная районная больница», МУЗ «Советская центральная районная больница», ММУ «Октябрьская центральная районная больница», МУ «Районная больница Кондинского района», МЛПУ «Когалымская городская больница», ММУ «Перинатальный центр» Нягани, МУЗ «Нефтеюганская городская больница», БУ ХМАО-Югры «Пыть-Яхская окружная больница», МУ «Городская больница» Лангепаса, МЛПУ «Городская больница» Мегиона, МУЗ «Белоярская центральная районная больница», МУ «Центральная городская больница» Урая, МУЗ «Центральная городская больница» Радужного, МЛПУ «Центральная городская больница» Югорска</p>
III	<p>Медицинская помощь беременным, роженицам и родильницам с высокой степенью риска по перинатальной патологии и репродуктивным потерям, имеющим осложненное течение беременности, в том числе преждевременные роды менее 36 недель гестации, заболевания и пороки развития плода, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, декомпенсированную соматическую патологию новорождённым. Экстракорпоральное оплодотворение в окружных клинических перинатальных центрах городов Ханты-Мансийска и Сургута.*</p> <p>*Примечание. Этапность оказания медицинской помощи не исключает передачу полномочий учреждения на более высокий уровень.</p>	<p>«Окружная клиническая больница», «Сургутский клинический перинатальный центр», «Нижневартовский перинатальный центр», «Окружная клиническая детская больница»; «Няганская окружная больница», «Сургутская клиническая окружная больница»; «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»; «Окружная больница «Травматологический центр»</p>

Перечень государственных учреждений здравоохранения
автономного округа
и организация специализированной перинатальной помощи.

1. Перинатальный центр многопрофильной Окружной клинической больницы города Ханты – Мансийска (далее Центр) оказывает методическую, консультативную, первичную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорождённым и детям первого года жизни, пациентам с гинекологическими заболеваниями из указанных в приложении 4 муниципальных образований, определяет показания для госпитализации пациентов в подразделения больницы, направление пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных специалистов Департамента здравоохранения.

Наличие клинической базы медицинской академии, территориальная доступность и наличие государственных лечебно-профилактических учреждений в городе Ханты – Мансийске (противотуберкулёзный, кожно-венерологический и психоневрологический диспансеры, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, станция переливания крови) определяют возможность оказания профильной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым.

На базе Центра осуществляется оказание высокотехнологичных видов помощи при родоразрешении беременных с пороками сердца из муниципальных образований, указанных в приложении 4.

Порядок госпитализации беременных для обследования и лечения при тяжелых экстрагенитальных заболеваниях у беременной, в том числе выявлении пороков сердца у беременной, осуществляется по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

Порядок госпитализации беременных для родоразрешения при выявлении пороков сердца у матери, пациенток для прерывания беременности при тяжелых плодовых пороках до 22-й недели беременности, на основании заключения пренатального консилиума, осуществляется по согласованию с руководителем перинатального центра.

На базе перинатального центра организуется дистанционный круглосуточный консультативный центр по акушерству, гинекологии, неонатологии, реанимации и интенсивной терапии, обеспечивая самостоятельно и совместно с Учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицины катастроф» выездные акушерские и неонатальные бригады с зоной ответственности, указанной в приложении 4.

Профильные специалисты Центра проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях 1 и 2 уровня, результатов первичной пренатальной диагностики (очно или

дистанционно) у пациенток прикрепленной территории при выявлении или подозрении на врожденную патологию плода, определяют целесообразность дальнейшего обследования в медико-генетической консультации.

В структуре перинатального центра организуется отделение вспомогательных репродуктивных технологий.

2. **Сургутский клинический перинатальный центр** (далее Центр) оказывает методическую, консультативную, первичную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным до 28 суток жизни, специализированную консультативную помощь детям первого года жизни (в кабинете катамнеза), пациенткам с гинекологическими заболеваниями из указанных в приложении 4 муниципальных образований, определяет показания для направления пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных специалистов Департамента здравоохранения.

Наличие клинической базы медицинского института, территориальная доступность и наличие государственных лечебно-профилактических учреждений в городе Сургуте («Травматологический центр», «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургутская окружная клиническая больница, противотуберкулезный, кожно-венерологический и психоневрологический диспансеры, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, станция переливания крови) определяют возможность оказания профильной помощи беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным и новорожденным (в т.ч. с врожденными пороками сердца и центральной нервной системы), кроме новорожденных с хирургической патологией (помощь оказывается в Окружной клинической детской больнице города Нижневартовска).

На базе Центра осуществляется оказание высокотехнологичных видов помощи при родоразрешении беременных с пороками сердца, плодовыми пороками сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, требующих медицинского вмешательства в раннем неонатальном периоде или в первые 28 суток жизни.

В случае диагностики врожденных пороков развития плода (далее ВПР), требующих хирургического лечения в позднем неонатальном периоде, родоразрешение осуществляется в перинатальных центрах по территориальной принадлежности или родильных домах, имеющих в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее ОРИТН) и отделение патологии новорожденных (далее ОПН), с дальнейшим согласованием тактики ведения и сроков оперативного вмешательства посредством телемедицины, очно – заочных консультаций со специалистами Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Окружной больницы «Травматологический центр», Окружной детской клинической больницы.

В случае диагностики ВПР, несовместимых с жизнью, родоразрешение проводится в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства.

При осуществлении длительной искусственной вентиляции (более 90 дней) новорожденные переводятся в Окружную детскую клиническую больницу при наличии мест в профильном отделении, либо медицинская помощь организуется

по месту жительства в муниципальных учреждениях здравоохранения по согласованию с профильными специалистами Департамента здравоохранения.

Порядок госпитализации беременных для родоразрешения при выявлении пороков сердца у матери и плода, пациенток для прерывания беременности при тяжелых плодовых пороках до 22-й недели беременности на основании заключения кардиоперинатального консилиума, осуществляется по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

Схема взаимодействия лечебно-профилактических учреждений автономного округа, специалистов Центра, Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургутской окружной клинической больницы и больницы «Травматологический центр» по организации медицинской помощи беременным с врожденными пороками у плода осуществляется в соответствии с приложением 7.

На базе Центра организуется дистанционный круглосуточный консультативный центр по акушерству, гинекологии, неонатологии, реанимации и интенсивной терапии, обеспечивая самостоятельно и совместно с Учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицины катастроф» выездные акушерские и неонатальные бригады с зоной ответственности (приложение 4).

Профильные специалисты Центра проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях 1 и 2 уровня, результатов первичной пренатальной диагностики (очно или дистанционно) у пациенток прикрепленной территории при выявлении или подозрении на врожденную патологию плода, определяют целесообразность дальнейшего обследования в медико-генетической консультации.

Беременные с врожденными пороками плода, требующие отсроченной хирургической коррекции порока через 28 дней и более, должны родоразрешаться в учреждениях здравоохранения, имеющих ОРИТН.

В структуре учреждения организуется отделение вспомогательных репродуктивных технологий.

3. Нижневартовский перинатальный центр оказывает методическую, консультативную, первичную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, пациентам с гинекологическими заболеваниями из указанных в приложении 4 муниципальных образований, определяет показания для госпитализации пациентов на лечение за пределы автономного округа с участием главных специалистов Департамента здравоохранения.

Территориальная доступность, наличие государственных лечебно-профилактических учреждений в городе Нижневартовске (окружная клиническая детская больница, противотуберкулезный, кожно-венерологический и психоневрологический диспансеры, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, станция переливания крови) определяют возможность оказания профильной помощи, посредством беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

На базе перинатального центра осуществляется оказание высокотехнологичных видов помощи при родоразрешении беременных с

пороками сердца, не требующих оперативного лечения, из указанных в приложении 4 муниципальных образований.

Порядок госпитализации беременных для родоразрешения при выявлении пороков сердца у матери, пациенток для прерывания беременности при тяжелых плодовых пороках до 22-й недели беременности на основании заключения пренатального консилиума, осуществляется по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

Порядок госпитализации беременных для родоразрешения при выявлении ВПР плода, требующих медицинского вмешательства в неонатальном периоде в Окружной клинической детской больнице, на основании заключения пренатального консилиума с участием профильных специалистов осуществляется по согласованию с главным врачом (заместителем главного врача) указанного учреждения.

На базе перинатального центра организуется дистанционный круглосуточный консультативный центр по акушерству, гинекологии, неонатологии, реанимации и интенсивной терапии, обеспечивая, самостоятельно и совместно с Учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр медицины катастроф» выездные акушерские бригады с зоной ответственности (приложение 4).

Профильные специалисты проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи в ЛПУ 1 и 2 уровня, результатов первичной пренатальной диагностики (очно или дистанционно) у пациенток прикрепленной территории при выявлении или подозрении на врожденную патологию плода, определяя целесообразность дальнейшего обследования в медико-генетической консультации.

4. **Окружная клиническая детская больница города Нижневартовска** (далее ОКДБ) оказывает методическую, специализированную медицинскую помощь новорожденным, независимо от гестационного срока и массы тела при:

- пороках развития пищевода, тонкого и толстого кишечника, аноректальной области; нарушениях вращения кишечника;
- врожденной диафрагмальной грыже;
- объёмных образованиях брюшной полости и мягких тканях;
- патологии пупочного кольца и пуповины;
- гастрошизисе и грыже пупочного канатика;
- пороках развития лёгких;
- пороках развития и заболеваниях мочевыделительной системы;
- пороках развития и заболеваниях челюстно-лицевой области;
- родовой травме костно-мышечной системы, требующей стационарного лечения;
- врожденной глаукоме;
- внутриутробном увеите и дакриоцистите;
- ретинопатии недоношенных;
- неонатальном сахарном диабете;
- врожденных нарушениях метаболизма;
- бронхолегочной дисплазии;
- билиарной атрезии.

Схема взаимодействия лечебно-профилактических учреждений автономного округа со специалистами БУ «Нижневартровский перинатальный центр» и БУ «Окружная клиническая детская больница» по организации медицинской помощи беременным с врожденными пороками у плода представлена в приложении 7.

5. **Сургутская окружная клиническая больница** оказывает методическую, консультативную, первичную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь беременным, родильницам с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ), пациенткам с ЭГЗ при направлении их из лечебно-профилактических учреждений муниципальных образований, а также беременным, родильницам, находящимся на госпитализации в лечебно-профилактических учреждениях города Сургута.

Наличие клинической базы медицинского института, доступность и государственная форма собственности лечебно-профилактических учреждений, расположенных в муниципальном образовании, определяют возможность оказания профильной помощи, беременным, родильницам и гинекологическим больным.

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

На базе Сургутской окружной клинической больницы осуществляется оказание высокотехнологичных видов помощи беременным с тяжелой экстрагенитальной патологией и пороками сердца, в том числе и прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 недель из указанных в приложении 4 муниципальных образований по решению пренатального консилиума Сургутского клинического перинатального центра.

В случае тяжелого ЭГЗ и беременности, при нетранспортабельности беременной, родоразрешение осуществляется в Сургутской окружной клинической больнице при участии профильных специалистов Сургутского клинического перинатального центра.

Госпитализация беременных с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями осуществляется по направлению муниципальных и государственных учреждений здравоохранения по согласованию с заместителем главного врача на основании заключения консилиума профильных специалистов, пренатального и кардиоперинатального консилиумов.

Порядок госпитализации пациенток для прерывания беременности по медицинским показаниям при тяжелых экстрагенитальных заболеваниях у беременной до 22-й недели беременности, на основании заключения пренатального и кардиоперинатального консилиумов, осуществляется в плановом порядке при переводе пациентки из профильного по заболеванию отделения в гинекологическое отделение или по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

При выявлении тяжелой экстрагенитальной патологии после 22 недель беременности родоразрешение осуществляется в перинатальных центрах автономного округа или по согласованию с главными специалистами Департамента здравоохранения в федеральных учреждениях.

6. Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» оказывает организационно-методическое содействие лечебно-профилактическим учреждениям автономного округа и диагностическую, консультативную, специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь беременным и новорождённым при врождённых и приобретённых пороках сердца, нарушениях сердечного ритма, а также при состояниях, сопровождающихся сердечной недостаточностью и недостаточностью кровообращения.

При выявлении коррегируемых пороков сердца у плода, требующих медицинского хирургического вмешательства в неонатальном периоде, родоразрешение, по рекомендации кардиоперинатального консилиума, проводится в Сургутском клиническом перинатальном центре или федеральном учреждении (по квотам).

Список пороков сердечно-сосудистой системы плода, требующих хирургического лечения в неонатальном периоде, представлены в приложении 7.

Операции при открытом артериальном протоке у новорожденных, родившихся в Сургутском клиническом перинатальном центре, проводятся по согласованию с заместителями главного врача по медицинской части обоих учреждений в ОРИТН Сургутского клинического перинатального центра.

При выявлении редких и сложных пороков сердца (общий артериальный ствол, синдром гипоплазии левых и правых отделов, атрезии легочного ствола III-IV типов) родоразрешение по заключению кардиоперинатального консилиума осуществляется в перинатальных центрах автономного округа или в профильных федеральных учреждениях (по квотам).

При выявлении пороков сердца (приобретённых и врождённых) у беременных с активным ревматическим процессом, недостаточностью кровообращения, легочной гипертензией, бактериальным эндокардитом, нарушениями сердечного ритма, тромбоэмболическими осложнениями, атрио – или кардиомегалией, наличием патологического сброса крови, комбинированных и сочетанных поражений клапанного аппарата, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, оперированном сердце родоразрешение по заключению кардиологического бюро и пренатального консилиума осуществляется в перинатальных центрах автономного округа или в профильных федеральных учреждениях (по квотам).

Схема взаимодействия лечебно-профилактических учреждений автономного округа, специалистов Окружного кардиологического диспансера «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», БУ «Сургутская клиническая окружная больница» и БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» по организации медицинской помощи беременным и новорождённым с пороками сердца представлена в приложениях 3 и 6.

Медико-генетическая консультация Учреждения автономного округа «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» оказывает методическую и специализированную медицинскую помощь при проведении пренатальной диагностики муниципальным и государственным учреждениям здравоохранения, в том числе перинатальным центрам:

- скрининговые исследования сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью, человеческого хорионического гонадотропина на 11-12 неделе беременности; альфа-фетопротеина и человеческого хорионического гонадотропина в 16 недель беременности;

- проведение комплексной пренатальной диагностики (генетическое и ультразвуковое исследование) у пациенток группы риска до 20-21 недели беременности;

- проведение эхокардиографии плода у пациенток групп риска на 17-20 неделе беременности;

При выявлении порока развития плода направляет беременных на пренатальный и кардиоперинатальный консилиумы в территориальный перинатальный центр.

7. **Окружная клиническая больница «Травматологический центр»** (далее ОБТЦ) оказывает методическую и специализированную, высокотехнологическую медицинскую помощь новорождённым в отделении детской нейрохирургии и травматологии при:

- перинатальных поражениях центральной нервной системы различного генеза (гипоксически-геморрагическом, травматическом);

- врождённой и постгеморрагической гидроцефалии;

- пороках развития головного мозга и костей черепа (энцефалоцеле, краниостеноз, арахноидальные кисты, дисгении)

- пороках развития спинного мозга (миеломенингоцеле, дермоидный синус, сирингомиелия, арахноидальные кисты)

- черепно-мозговой травме;

- объёмных образованиях головного и спинного мозга;

Госпитализация беременных для родоразрешения при выявлении указанных пороков плода, совместимых с жизнью и требующих неотложного хирургического лечения, проводится на основании заключения перинатального консилиума с участием нейрохирурга ОБТЦ в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» по согласованию с заместителем главного врача указанного учреждения.

При выявлении иных пороков родоразрешение по согласованию с главными специалистами Департамента здравоохранения осуществляется в перинатальных центрах автономного округа или в профильных федеральных учреждениях (по квотам).

Новорожденные из лечебно-профилактических учреждений автономного округа, оперированные в ОБТЦ, при возникновении хирургической патологии органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства переводятся в ОКДБ города Нижневартовска.

При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков развития плода, и отказе женщины от прерывания беременности, решение оформляется письменно, в соответствии с формой (приложение 12), родоразрешение осуществляется по месту жительства или в перинатальном центре по территориальной принадлежности по решению перинатального консилиума.

Специалисты ОБТЦ оказывают консультативную медицинскую помощь беременным, родильницам, новорожденным, в том числе находящимся на

стационарном лечении в лечебно-профилактических учреждениях города Сургута.

**Порядок оказания помощи беременным при экстрагенитальных
заболеваниях
в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.**

1. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения.

2. В консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные из муниципальных учреждений здравоохранения для динамического наблюдения или оказания консультативной амбулаторной помощи:

2.1. Динамическому наблюдению подлежат беременные, родильницы и новорожденные преимущественно с тяжелой патологией:

- сердечно-сосудистые, эндокринные, неврологические, аутоиммунные, психические и прочие заболевания;

- с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, при невынашивании, бесплодии, перинатальных потерях, рождении детей с высокой и низкой массой тела, при наличии рубца на матке (2 и более), преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, при рождении детей с врожденными пороками развития, пузырном заносе, приеме тератогенных препаратов; с тяжелыми гестационными осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия средней и тяжелой степени, патологией плаценты (предлежание), плацентарной недостаточностью, многоплодии, много- и маловодии, индуцированной беременностью, подозрении на внутриутробную инфекцию, наличии опухолевидных образований матки и придатков).

2.2. Консультативному наблюдению подлежат беременные с экстрагенитальной патологией и гестационными осложнениями, перечисленными в п.2.1.

3. В консультативно-диагностические отделения окружных многопрофильных больниц направляются беременные женщины из муниципальных учреждений здравоохранения после оценки анамнеза и/или обследования (для консультативной амбулаторной помощи, плановой и экстренной госпитализации).

3.1 При экстрагенитальной патологии беременная госпитализируется в профильные отделения государственных учреждений здравоохранения в плановом (в критические сроки по профилю заболевания) и экстренном порядке вне зависимости от срока беременности по направлению муниципальных и государственных учреждений здравоохранения в соответствии с приложением 4. При сочетании гестационных осложнений беременности и экстрагенитальной

патологии женщина госпитализируется в учреждение здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Алгоритм взаимодействия с ЛПУ автономного округа при оказании помощи беременным, роженицам и родильницам, имеющим сердечно-сосудистые заболевания.

К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим госпитализации и/или хирургического лечения, в том числе требующие решения вопроса о возможности вынашивания беременности, относятся следующие заболевания:

1) ревматические пороки сердца:

- все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;
- все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;
- все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;
- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;
- пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;
- пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;
- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

2) 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;

- 3) болезни эндокарда, миокарда и перикарда:
 - острые и подострые формы миокардита;
 - хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма;
 - инфаркт миокарда в анамнезе;
 - острые и подострые формы бактериального эндокардита;
 - острые и подострые формы перикардита;
- 4) нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);
- 5) состояния после операций на сердце.

3.2. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, не требующими хирургической помощи, госпитализируются в плановом порядке в кардиологическое (ревматологическое) отделение до 12 (22) недель беременности (и далее в критические сроки) для обследования и определения тактики ведения беременности в соответствии с зоной территориальной ответственности перинатальных центров:

- Сургутский клинический перинатальный центр» – кардиологическое отделение Сургутской окружной клинической больницы;

- Нижневартовский перинатальный центр – кардиологическое отделение МУ «Городская больница №3» города Нижневартовск (по согласованию);

- кардиологическое отделение Учреждения автономного округа «Няганская окружная больница», перинатальный центр Окружной клинической больницы города Ханты-Мансийск – кардиологическое отделение указанной больницы. Госпитализация осуществляется с целью оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения возможности вынашивания беременности и предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум в составе кардиолога (ревматолога) и акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с доплерометрией) выносит заключение о тяжести состояния женщины и направляет документы на кардиоперинатальный консилиум БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», пренатальный консилиум учреждения автономного округа «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска, пренатальный консилиум БУ «Нижневартовский перинатальный центр», пренатальный консилиум Учреждения автономного округа «Няганская окружная больница» для определения дальнейшей тактики ведения беременности.

Консилиумы представляют беременной женщине информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. При согласии/отказе беременной на прерывание беременности решение оформляется письменно, согласно приложения 12 и определяется дальнейшая тактика ведения женщины.

При сроке беременности до 10 (20) недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, госпитализируются в кардиологические отделения, в соответствии с зоной территориальной ответственности перинатальных центров:

БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» – кардиологическое отделение учреждения автономного округа «Сургутская окружная клиническая больница»;

Нижневартовский перинатальный центр – кардиологическое отделение МУ «Городская больница №3» города Нижневартовск;

Перинатальный центр учреждения автономного округа «Окружная клиническая больница» г.Ханты-Мансийск – кардиологическое отделение указанной больницы или профильное отделение учреждения автономного округа «Няганская окружная больница».

Госпитализация осуществляется с целью оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения ультразвукового исследования и доплерометрии, определения порядка и срока проведения кардиохирургического лечения, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.

Консилиум в составе врача-кардиолога (ревматолога, кардиохирурга) и врача акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования с доплерометрией) делает заключение о тяжести состояния женщины и направляет документы на кардиобюро ОКД «ЦД и ССХ» или консилиум кардиохирургического отделения УХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска.

Кардиобюро ОКД «ЦД и ССХ» или консилиум кардиохирургического отделения УХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска дают заключение о необходимости и сроках хирургической коррекции и направляет документы на кардиоперинатальный консилиум БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» или пренатальный консилиум УХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска для решения вопроса о возможности дальнейшего пролонгирования и дальнейшей тактике ведения беременности, при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

Кардиоперинатальный или пренатальный консилиумы представляют беременной женщине информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Госпитализация на родоразрешение осуществляется в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», перинатальный центр учреждения автономного округа «Окружная клиническая больница», «Нижневартовский перинатальный центр» (не требующим кардиохирургического лечения порока во время беременности и в раннем послеродовом периоде).

Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача-кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) учреждений автономного

округа «ОКД «ЦД и ССХ», «ОКБ» или МУ «Городская больница №3» г. Нижневартовска (по согласованию), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога перинатального центра в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

При наличии показаний для экстренного кардиохирургического лечения (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной абляции) беременная, вне зависимости от срока беременности, госпитализируется в кардиохирургические отделения учреждений автономного округа «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут или «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийск, по принципу территориальной близости.

Дальнейшая тактика ведения беременной определяется консилиумом в составе кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, анестезиолога-реаниматолога, акушера-гинеколога перинатального центра. При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии. Для дальнейшего лечения и реабилитации женщина переводится в кардиологическое (ревматологическое) отделение.

При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в кардиологическое отделение или перинатальный центр (при наличии показаний для родоразрешения).

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 недель проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы (г. Сургут и г. Ханты-Мансийск), имеющих возможность оказания срочной специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

В зону ответственности БУ автономного округа «Сургутский клинический перинатальный центр» при оказании помощи беременным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, относятся следующие территориальные образования: города Когалым, Мегион, Нефтеюганск, Нижневартовск, Покачи, Пыть-Ях, Радужный, Сургут, Нефтеюганский, Нижневартовский и Сургутский районы.

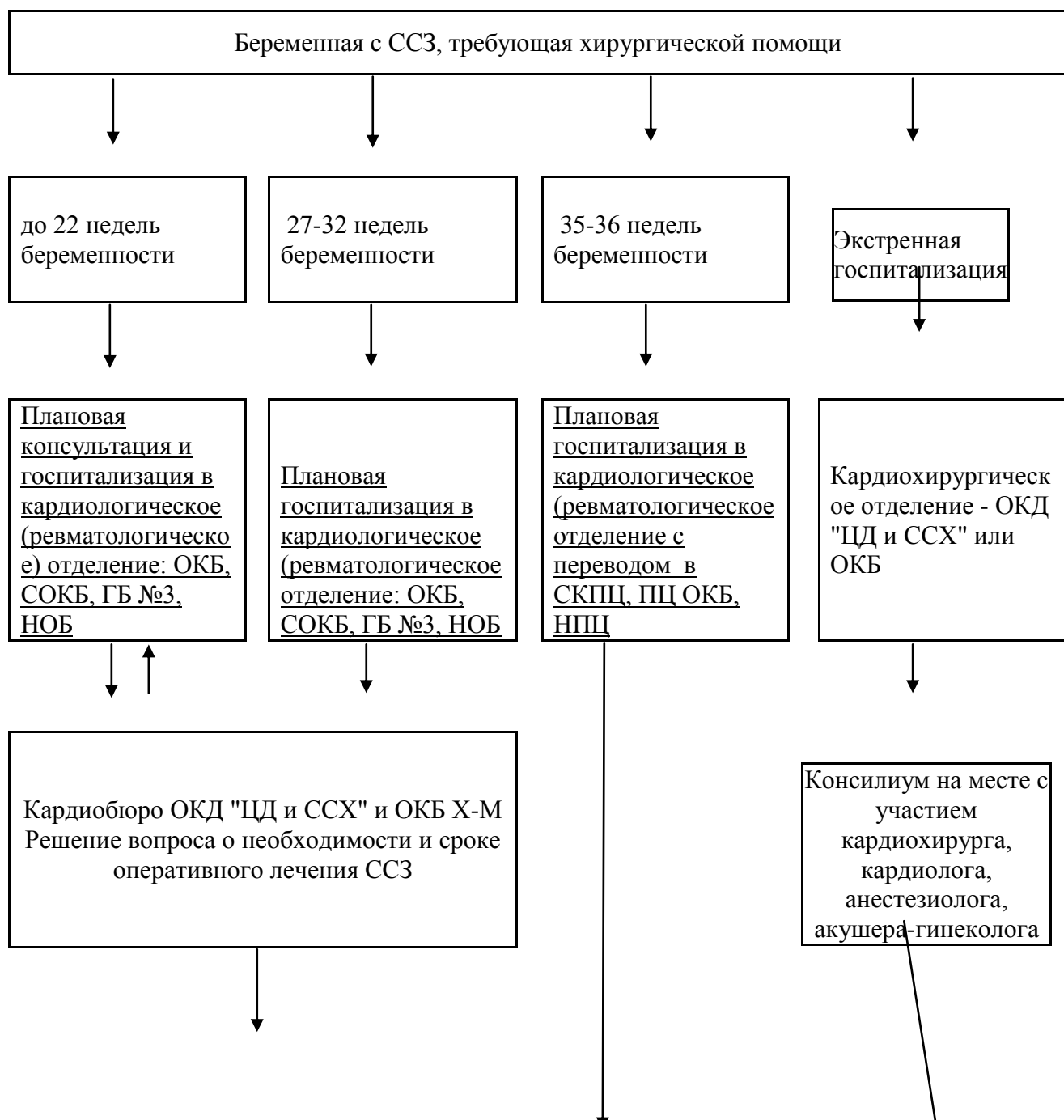
В зону ответственности перинатального центра учреждения автономного округа «Окружная клиническая больница» при оказании помощи беременным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, относятся следующие территориальные образования: города Ханты-Мансийск, Белоярский, Урай, Нягань, Югорск, Кондинский, Ханты-Мансийский, Октябрьский, Советский и Березовский районы.

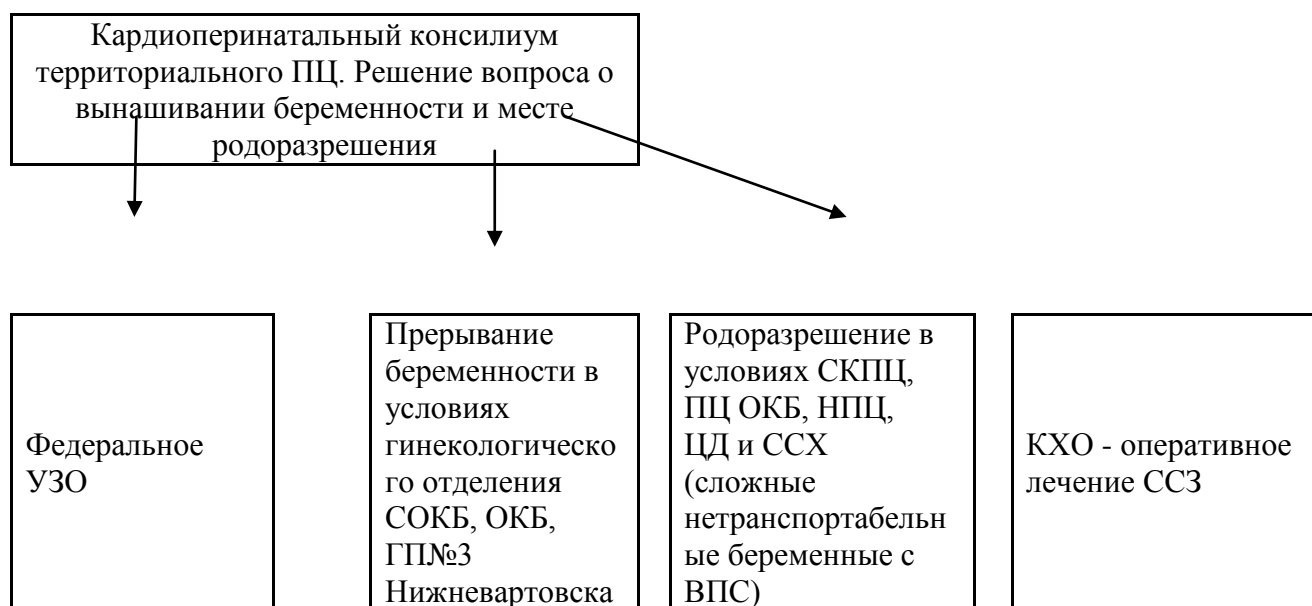
4. Беременные с прочими тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями госпитализируются в государственные или федеральные учреждения здравоохранения в плановом порядке в критические сроки гестации 1, 2 и 3 триместров и по показаниям.

5. Беременные с тяжелой экстрагенитальной патологией, требующие досрочного родоразрешения, госпитализируются (по решению консилиума) в государственные или федеральные учреждения здравоохранения для проведения соответствующего лечения и родоразрешения.

6. При сроке беременности 35 - 36 недель (и более ранние сроки при возникновении показаний к досрочному родоразрешению) с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место в соответствии с приложениями 1 и 4 планового родоразрешения (муниципальное учреждение здравоохранения, перинатальный центр).

Алгоритм взаимодействия ЛПУ округа при оказании беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи





Пояснения к блок

схеме:

ССЗ - сердечно-сосудистое заболевание

ОКД "ЦД и ССХ" - УХМАО "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"

ОКБ - "Окружная клиническая больница" г. Ханты-Мансийск

НПЦ- «Нижневартовский перинатальный центр»

СКПЦ – «Сургутский клинический перинатальный центр»

КХО - кардиохирургическое отделение (УХМАО ОКД "ЦД и ССХ", УХМАО "ОКБ" г.Ханты-Мансийск)

СОКБ – Сургутская окружная клиническая больница

ГБ №3 – городская больница № 3 города Нижневартовска

Федеральное УЗО - учреждение здравоохранения федерального уровня

Приложение 4
к приказу Департамента здравоохранения
№ 349 от 20 июля 2010 года

**Распределение муниципальных образований
по принадлежности к перинатальным центрам автономного округа.**

Перинатальный центр Окружной клинической больницы: Ханты-Мансийск, Нягань, Урай, Югорск, Ханты-Мансийский, Кондинский, Октябрьский, Советский, Белоярский и Берёзовский районы.

Сургутский клинический перинатальный центр: Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях.

Нижневартовский перинатальный центр: Нижневартовск, Нижневартовский район, Мегион, Лангепас, Покачи, Радужный.

Примечание: при наличии тяжёлой экстрагенитальной патологии беременная по направлению госпитализируется в окружные многопрофильные больницы, имеющие подразделения родовспоможения, или по квотам в профильные федеральные учреждения.

Госпитализация беременных и рожениц проводится с учётом специализации учреждения, оказывающего перинатальную помощь (приложение 2).

**Порядок госпитализации беременных в окружные учреждения
здравоохранения и государственные перинатальные центры.**

Плановой госпитализации беременных, рожениц, родильниц и новорождённых из муниципальных учреждений здравоохранения предшествует направление необходимых документов (переводной эпикриз) руководителю учреждения (заместителю главного врача) и дистанционная (телемедицинская) консультация, заключение консилиума специалистов о необходимости перевода в окружное учреждение.

Экстренная госпитализация в ночное время, выходные и праздничные дни осуществляется по согласованию с ответственным дежурным врачом после представления медицинских документов (переводной эпикриз).

Госпитализация беременных, рожениц, родильниц и новорождённых в окружные учреждения и государственные перинатальные центры проводится в плановом и экстренном порядке (в сопровождении профильных специалистов ГУ «Центр медицины катастроф») при обеспечении необходимых условий для транспортировки.

Госпитализация беременных с угрожающими и начавшимися преждевременными родами (сроки беременности 22-36 неделя включительно) осуществляется в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение, имеющее подразделение родовспоможения для оказания неотложной помощи. Дальнейшая тактика определяется в зависимости от клинической картины заболевания, состояния беременной, роженицы, плода и новорождённого, наличия профильных специалистов, необходимого оборудования, медикаментов и расходных материалов.

Преждевременное родоразрешение, до 36 недели гестации включительно, рекомендовано проводить в окружных и территориальных перинатальных центрах, обеспечив токолиз и профилактику синдрома дыхательных расстройств глюкокортикоидами по схеме, адекватную транспортировку беременной в сопровождении профильных специалистов.

Окружные и территориальные перинатальные центры обеспечивают учреждения здравоохранения муниципальных образований сведениями о средствах круглосуточной коммуникации (телефон, телефакс, адрес электронной почты) для дистанционного консультирования.

Порядок взаимодействия и организации работы совместных консилиумов государственных учреждений здравоохранения при оказании помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями и плодовыми пороками.

1. Консилиум специалистов перинатальной медицины (пренатальный и кардиоперинатальный консилиумы, кардиологическое бюро) в плановом и экстренном порядке (очные, дистанционные) организуется с целью определения категории беременных с плодовыми пороками, в том числе сердечно-сосудистой системы для родоразрешения в муниципальных, окружных или федеральных подразделениях родовспоможения с учётом необходимости и возможности оперативного лечения, выхаживания и реабилитации новорождённого.

2. Консилиум специалистов государственных учреждений для оказания медицинской помощи беременным с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (пренатальный консилиум и кардиоперинатальный консилиумы, кардиологическое бюро) в плановом и экстренном порядке (очные, дистанционные) организуется с целью определения категории пациенток для родоразрешения в муниципальных, окружных или федеральных подразделениях родовспоможения с учётом необходимости оперативного лечения, выхаживания и реабилитации и определения показаний и направления пациенток на прерывание беременности в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы.

3. В полномочия консилиумов входит:

3.1. Разработка и внедрение диагностических и лечебных протоколов ведения беременных с пороками сердечно-сосудистой системы плода и пациенток с пороками сердца при беременности для лечебно-профилактических учреждений автономного округа;

3.2. Совместное участие профильных специалистов в диагностических и лечебных мероприятиях;

3.3. Организация совместно с органом управления здравоохранением муниципального образования лечебных консультативных комиссий по анализу причин младенческой смертности от врождённых пороков, в том числе сердечно-сосудистой системы, и оценки качества оказания медицинской помощи пациенткам с пороками сердца и тяжелой экстрагенитальной патологией у матери.

4.Схема взаимодействия бюджетных учреждений автономного округа:

Консилиум	Совместное участие	Категория пациентов	Порядок работы	Территория
<u>Пренатальный консилиум</u> - Перинатальный центр Окружной клинической больницы:	Муниципальные и государственные учреждения по профилю заболевания у беременной	Беременные с плодовыми пороками Беременные с экстрагенитальными заболеваниями в том числе с пороками сердца, требующими хирургического лечения и/или имеющими противопоказания для вынашивания беременности	Еженедельно по четвергам с 9.00-12.00	Ханты-Мансийск, Нягань, Урай, Югорск, Ханты-Мансийский, Кондинский, Октябрьский, Советский, Белоярский и Берёзовский районы.
<u>Пренатальный консилиум</u> - «Сургутский клинический перинатальный центр»	«ОКД «ЦД и ССХ»; «СОКБ» и государственные учреждения по профилю заболевания у беременной	Беременные с плодовыми пороками. Беременные с экстрагенитальными заболеваниями в том числе с пороками сердца, требующими хирургического лечения и/или имеющими противопоказания для вынашивания беременности	Еженедельно по средам с 8.30 до 11.00	Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях, Покачи.
Кардиоперинатальный консилиум - «Сургутский клинический перинатальный центр»	«ОКД «ЦД и ССХ»; «СОКБ»	Беременные с плодовыми пороками сердца Беременные с пороками сердца, требующими хирургического лечения и/или имеющими противопоказания для вынашивания б-ти.	Еженедельно по пятницам с 9:00 до 11:00	Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях, Покачи. Нижневартовск, Нижневартовский район, Мегион, Лангепас, Радужный.
Кардиобюро «ОКД «ЦД и ССХ»		Беременные с пороками сердца, требующими хирургического лечения.	Ежедневно в будние дни с 8.00-17.00 по телефону/факс у 3462-353082; по региональной системе телемедицины	Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях, Покачи. Нижневартовск, Нижневартовский район, Мегион, Лангепас, Радужный.
<u>Пренатальная клиничко-экспертная комиссия</u> - «Нижневартовский перинатальный центр»	«Окружная клиническая детская больница» города Нижневартовска и государственные учреждения по профилю	Беременные с выявленными ВПР у плода. Беременные с ЭГЗ, имеющими противопоказания для вынашивания. Беременные с выявленными ВПР у плода требующими	Еженедельно по четвергам с 13:00	Нижневартовск, Нижневартовский район, Мегион, Лангепас, Радужный.

	заболевания у беременной	хирургического лечения.		Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях, Покачи.
--	--------------------------	-------------------------	--	--

5. Порядок направления пациенток на консилиумы в государственные учреждения здравоохранения:

5.1. На совместные консилиумы специалистов государственных учреждений для оказания медицинской помощи беременным с пороками плода и тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями направляются пациенты (выписки) из муниципальных и государственных учреждений здравоохранения после проведения пренатальной диагностики 1 и 2 уровня;

5.2. На совместные консилиумы специалистов государственных учреждений для оказания медицинской помощи беременным с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями у матери, в том числе ВПС, направляются пациентки (выписки) из муниципальных и государственных учреждений здравоохранения после проведения стационарного специализированного обследования в и уточнения диагноза (стадии, степени декомпенсации, степени риска);

5.3. При направлении на консилиум (очно) оформляется направление, эпикриз пренатального и клинического обследования с заключением о тяжести течения заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также медицинская документация (история болезни, индивидуальная карта беременной и родильницы, диспансерная книжка беременной женщины);

5.4. Консилиумом оценивается тяжесть заболевания у беременной и плода и пациентке представляется информация, включая сведения о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения и решение вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности;

5.5. При выявлении тяжёлых несовместимых с жизнью пороков плода, или тяжелого заболевания, являющегося противопоказанием для вынашивания беременности, и отказа женщины от прерывания беременности, решение оформляется письменно, в соответствии с формой (приложение 13);

5.6. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков у плода и согласии женщины прервать беременность до 22 недель беременности, решение оформляется письменно, в соответствии с формой (приложение 8) и пациентка направляется в гинекологическое отделение по месту жительства;

5.7. При выявлении тяжёлых, несовместимых с жизнью пороков и отказа женщины от прерывания беременности родоразрешение планируется по месту

жительства или в перинатальном центре по территориальной принадлежности по решению пренатального консилиума.

5.8. При выявлении тяжелого заболевания беременной, являющегося противопоказанием для вынашивания, и отказа женщины от прерывания по медицинским показаниям до 22 недель гестации, решение оформляется письменно, в соответствии с формой (приложение 12).

Консилиумом определяется порядок наблюдения (амбулаторное, стационарное) и родоразрешения в окружных или федеральных (по квотам) учреждениях родовспоможения с учётом необходимости и возможности досрочного родоразрешения, оперативного лечения, выхаживания и реабилитации;

5.9. При выявлении тяжелого заболевания беременной, являющимся противопоказанием для вынашивания беременности, и согласия женщины прервать беременность до 22 недель, решение оформляется письменно и пациентка направляется в гинекологическое отделение многопрофильной больницы на прерывание беременности.

Перечень учреждений и порядок госпитализации новорожденных с врождёнными пороками, требующих хирургического лечения в неонатальном периоде.

1. Окружная клиническая детская больница.

При выявлении у новорождённого заболевания, требующего хирургического лечения, дежурным врачом или заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения по согласованию с заместителем главного врача Окружной клинической детской больницы определяются условия и время перевода новорожденного при наличии выписного эпикриза, информированного согласия (несогласия) родителей (опекунов) на оперативное вмешательство.

При нетранспортабельности лечение организуется на месте с дистанционным интенсивным наблюдением специалистами Окружной клинической детской больницы до достижения транспортабельности.

Принятие решения производится на основании определения тяжести состояния больного, степени адекватности проводимой терапии, динамики состояния пациента и возможностей оказания реанимационной помощи в условиях лечебно-профилактического учреждения.

Транспортабельным считается ребенок, способный перенести транспортировку в специализированное отделение в данном состоянии без значимого для его жизни и здоровья риска.

При наличии временной нетранспортабельности ребенка врачом транспортной бригады оказывается на месте интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента и его подготовку к транспортировке.

Противопоказания к транспортировке.

Абсолютные:

- некупированное кровотечение;
- режимы искусственной вентиляции легких (далее ИВЛ), превышающие возможность проведения ИВЛ при транспортировке;
- отрицательная «проба на перекалывание» — при подготовке ребёнка к транспортировке (пеленании или перекалывании в транспортный кювез, подключении к транспортному респиратору и т.п.) ухудшение состояния, резкое снижение основных витальных показателей (pO_2 , ЧСС, давление и т.п.).

- остановка сердца менее чем за сутки до транспортировки;
- недренированный синдром утечки воздуха (пневмоторакс и т.д.);
- приступ пароксизмальной тахикардии;
- рН менее 7.0;
- гипертермия (более 39.0°C);
- гипотермия(ректальная температура менее 35.0°C).

Относительные:

- отсутствие венозного доступа;
- артериальная гипотензия, шок;
- сатурация менее 90% при ИВЛ 100% кислородом;
- анемия менее 70 г/л;
- тромбоцитопения(менее 35.000);
- масса менее 1000 г (транспортировка с 8 суток жизни);
- отсутствие обзорной рентгенограммы;
- операция менее, чем за сутки до перевода;
- некупированный судорожный статус;
- рН менее 7.1;
- инфузия адреналина, допамина в дозе более 10 мкг/кг/мин.

Решение о транспортировке по жизненным показаниям принимается консилиумом на месте при консультации заведующего ОРИТН.

При необходимости срочной хирургической помощи новорожденному с «жесткими» режимами вентиляции и нестабильной гемодинамикой риск от продолжения интенсивной терапии на месте и от транспортировки являются сопоставимо высокими. В этих случаях решение о сроках перевода ребенка принимается коллегиально, с привлечением администрации лечебно-профилактического учреждения и родителей.

Алгоритм действий врача-неонатолога (педиатра)

№ п/п	Нозология	Тактическое решение	Сроки перевода
1.	Пороки, не поддающиеся коррекции: -сросшиеся двойни с общими жизненно важными органами; -паразитирующие эмбриопаги; - поликистоз почек; -тератомы объемом более 40% объема общей массы плода	лечение на месте до перевода в федеральные центры	-
2.	Атрезия пищевода	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	при установлении диагноза

<p>3. Кишечная непроходимость: - пороки развития кишечной трубки (атрезии, стенозы); - пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне (кольцевидная поджелудочная железа, абerratный сосуд, энтерокистомы); - пороки развития кишечной стенки (аганглиоз, нейрональная дисплазия, гипоганглиоз, болезнь Гиршпрунга); - пороки поворота к obturации просвета кишки вязким меконием (мекониевый илеус-муковисцидоз); - пороки поворота и фиксации брыжейки (синдром Ледда, изолированный заворот средней кишки, заворот изолированной кишечной петли)</p>	<p>Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»</p>	<p>при установлении диагноза</p>
<p>4. Атрезия анального отверстия</p>	<p>Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»</p>	<p>при установлении диагноза</p>
<p>5. Диафрагмальная грыжа</p>	<p>Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»</p>	<p>при установлении диагноза</p>
<p>6. Дефекты передней брюшной стенки: эмбриональная грыжа пупочного канатика, гастрошизис</p>	<p>Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»</p>	<p>при установлении диагноза</p>
<p>7. Осложненная спинномозговая грыжа</p>	<p>По согласованию в Учреждение автономного округа «Окружная больница «Травматологический центр» или Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»</p>	<p>при установлении диагноза</p>

8. Острая хирургическая патология пупка	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	при установлении диагноза
9. Некротический энтероколит новорожденных (НЭК), перфорация кишечника Стадия I - II а* Стадия II б - III **	*Лечение по месту нахождения **Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	при установлении диагноза
10. Наружные опухоли (тератомы, гемангиомы, лимфангиомы) Неосложнённые* Осложнённые**	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	*10-14 сутки жизни ** при установлении диагноза
11. Опухоли внутренних органов	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	10-14 сутки жизни
12. Патология мочевыводящей системы (гидронефроз, уретерогидронефроз, опухоль почки)	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	10-21 сутки жизни
13. Травма паренхиматозных органов брюшной полости.	Экстренное оперативное лечение по жизненным показаниям на месте	Транспортировка противопоказана

14.	Врожденная глаукома	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	При установлении диагноза
15.	Внутриутробный увеит	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	При установлении диагноза
16.	Ретинопатия недоношенных средней и тяжелой степени	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	Немедленный перевод при установлении диагноза
17.	Родовая травма костно-мышечная системы	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	При установлении диагноза
18.	Перинатальные поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза не требующие оперативного лечения	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	По согласованию
19.	Неонатальные судороги, эпилепсия	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	По согласованию
20.	Пороки развития легких. Субкомпенсированная форма врожденной лобарной эмфиземы новорожденных (при установлении диагноза)	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	При установлении диагноза
21.	Бронхолёгочная дисплазия, требующая ИВЛ более 90 дней.	Перевод в Учреждение автономного округа «Окружная клиническая детская больница»	При достижении возраста ребенка 90 суток при наличии мест

2. «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии».

Новорожденные, требующие экстренного оперативного вмешательства в неонатальном периоде, госпитализируются по согласованию с заместителем главного врача по медицинской части в будние дни, и ответственным дежурным врачом по стационару в выходные и праздничные дни.

К врождённым порокам сердца (ВПС), требующим экстренного оперативного вмешательства в первые семь дней жизни, относятся:

- простая транспозиция магистральных артерий;
- синдром гипоплазии левых отделов сердца;
- синдром гипоплазии правых отделов сердца;
- преддуктальная коарктация аорты;
- перерыв дуги аорты;
- критический стеноз легочной артерии;
- критический стеноз клапана аорты;
- сложные ВПС, сопровождающиеся стенозом легочной артерии;**
- атрезия легочной артерии;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен.

2.1.Плановая госпитализация ребенка с ВПС, требующего оперативного лечения в первые 28 дней жизни, осуществляется по предварительному согласованию с заместителем главного врача по медицинской части.

Согласование включает предварительное направление необходимых документов (выписка из истории развития новорожденного, результаты исследований, заключений врачей-специалистов) с последующей телефонной и/или телемедицинской консультацией.

К ВПС, требующим планового оперативного вмешательства в течение первых 28 дней жизни, относятся:

- общий артериальный ствол;
- коарктация аорты с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения;
- умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления;
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток (новорожденные, рожденные в Перинатальных центрах оперируются на месте в ПЦ);
- большой дефект аорто-легочной перегородки;

- аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;
- гемодинамически значимый открытый артериальный проток у недоношенных.

2.2. Госпитализация новорожденных с ВПС, требующим планового оперативного вмешательства до трех месяцев жизни, осуществляется в УХМАО «Окружная детская клиническая больница» г. Нижневартовск.

К ВПС, требующим планового оперативного вмешательства в течение первых трех месяцев жизни, относятся:

- единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии;
- атриовентрикулярная коммуникация, полная форма, без стеноза легочной артерии;
- атрезия трикуспидального клапана;
- большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;
- тетрада Фалло;
- двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

2.3. Госпитализация новорожденных с неустановленным диагнозом ВПС и прогрессирующими нарушениями гемодинамики и/или прогрессирующей артериальной гипоксемией, осуществляется в порядке, предусмотренном для новорожденных, требующих экстренного оперативного вмешательства.

При госпитализации новорожденных с неустановленным диагнозом ВПС или диагнозом, не включенным в пп.2.1., 2.2., 2.3., следует руководствоваться приказом № 612 Департамента здравоохранения автономного округа от 13.11.2007 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи детям с врожденными пороками развития системы кровообращения в лечебно-профилактических учреждениях автономного округа».

Алгоритм взаимодействия с ЛПУ округа при подозрении на врожденный порок сердца плода (ВПС).

При подозрении на врожденный порок сердца у плода, беременная направляется для уточнения диагноза в территориально закрепленный перинатальный центр.

При выявлении или подозрении на ВПС плода, профильные специалисты перинатального центра проводят экспертную оценку результатов первичной пренатальной диагностики (очно или дистанционно) у пациенток прикрепленной территории, определяя целесообразность дальнейшего обследования в медико-генетической консультации.

Врач медико-генетической консультации предоставляет беременной информацию о результатах обследования. При наличии врожденного порока сердца у плода, направляет документы на кардиобюро ОКД «ЦД и ССХ» с последующим направлением на кардиоперинатальные консилиумы на базе перинатальных центров городов Ханты-Мансийска и Сургута. При отсутствии ВПС плода, врач МГК направляет результаты исследований в учреждение, направившее беременную.

Кардиоперинатальный консилиум представляет беременной информацию о наличии врожденного порока сердца у плода, прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании беременности.

При наличии у плода ВПС, несовместимого с жизнью, или сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом, а также отказе женщины от медицинского вмешательства с целью лечения ВПС у новорожденного, рекомендуется прерывание беременности по медицинским показаниям. При отказе женщины от прерывания беременности, рекомендуется родоразрешение в родовспомогательном учреждении по месту жительства или в федеральном центре по квотам.

При наличии сердечно-сосудистого заболевания у плода, требующего хирургической помощи после рождения в течение 28 дней, беременная женщина направляется для родоразрешения в БУ "Сургутский клинический перинатальный центр".

При наличии ВПС плода, требующего экстренной кардиохирургической помощи или сложном сочетанном ВПС, по решению кардиоперинатального консилиума беременная может быть направлена для родоразрешения в федеральное учреждение здравоохранения.

При выявленном ВПС у новорожденного, требующего кардиохирургической помощи в экстренном порядке, ребенок с матерью переводится в учреждение «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» для оперативного лечения. Порядок госпитализации и перечень нозологических форм ВПС указаны в приложении 7, п.2.1.,2.4.

При наличии у новорожденного ВПС, требующего планового оперативного лечения в первые 28 дней жизни, новорожденный находится на стационарном лечении в данном ЛПУ, при декомпенсации состояния – осуществляется перевод новорожденного в ОКД «ЦД и ССХ» реанимационной бригадой территориального перинатального центра, ОКДБ, либо учреждения автономного округа «Центр медицины катастроф».

Консилиум в составе детского кардиохирурга (врача-кардиолога) ОКД «ЦД и ССХ», врача - неонатолога (врача-педиатра) составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении. Транспортировка новорожденного к месту оказания кардиохирургической помощи осуществляется реанимационной бригадой учреждения автономного округа «Центр медицины катастроф». Порядок госпитализации и перечень нозологических форм ВПС указаны в приложении 7, п.2.2.

При наличии у новорожденного ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в сроке до трех месяцев жизни, ребенок с матерью

госпитализируется в учреждение «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии».

Транспортировка новорожденного к месту оказания кардиохирургической помощи осуществляется реанимационной бригадой учреждения автономного округа «Центр медицины катастроф». Порядок госпитализации и перечень нозологических форм ВПС указаны в приложении 7, п.2.3.

В кардиохирургическом стационаре проводится верификация диагноза ВПС, назначается план лечения с указанием сроков оперативного вмешательства, тактика наблюдения или дальнейшего лечения в федеральном кардиохирургическом центре.

На период лечения до назначенного срока операции, новорожденный переводится в БУ «Окружная клиническая детская больница» г. Нижневартовск. Транспортировка новорожденного между учреждениями «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» и «Окружная клиническая детская больница» г. Нижневартовск, а так же в федеральные центры осуществляется реанимационной бригадой БУ «Центр медицины катастроф».

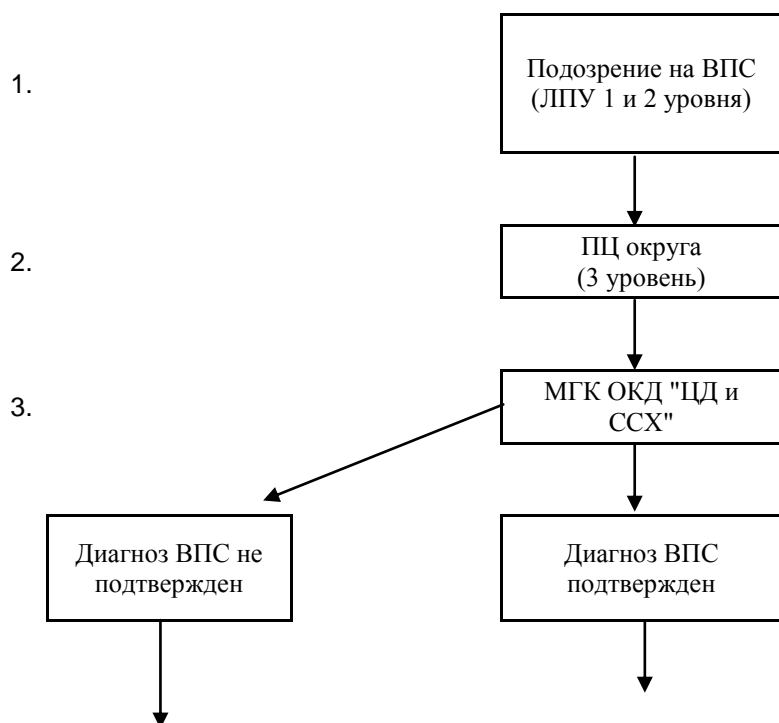
Контактные телефоны:

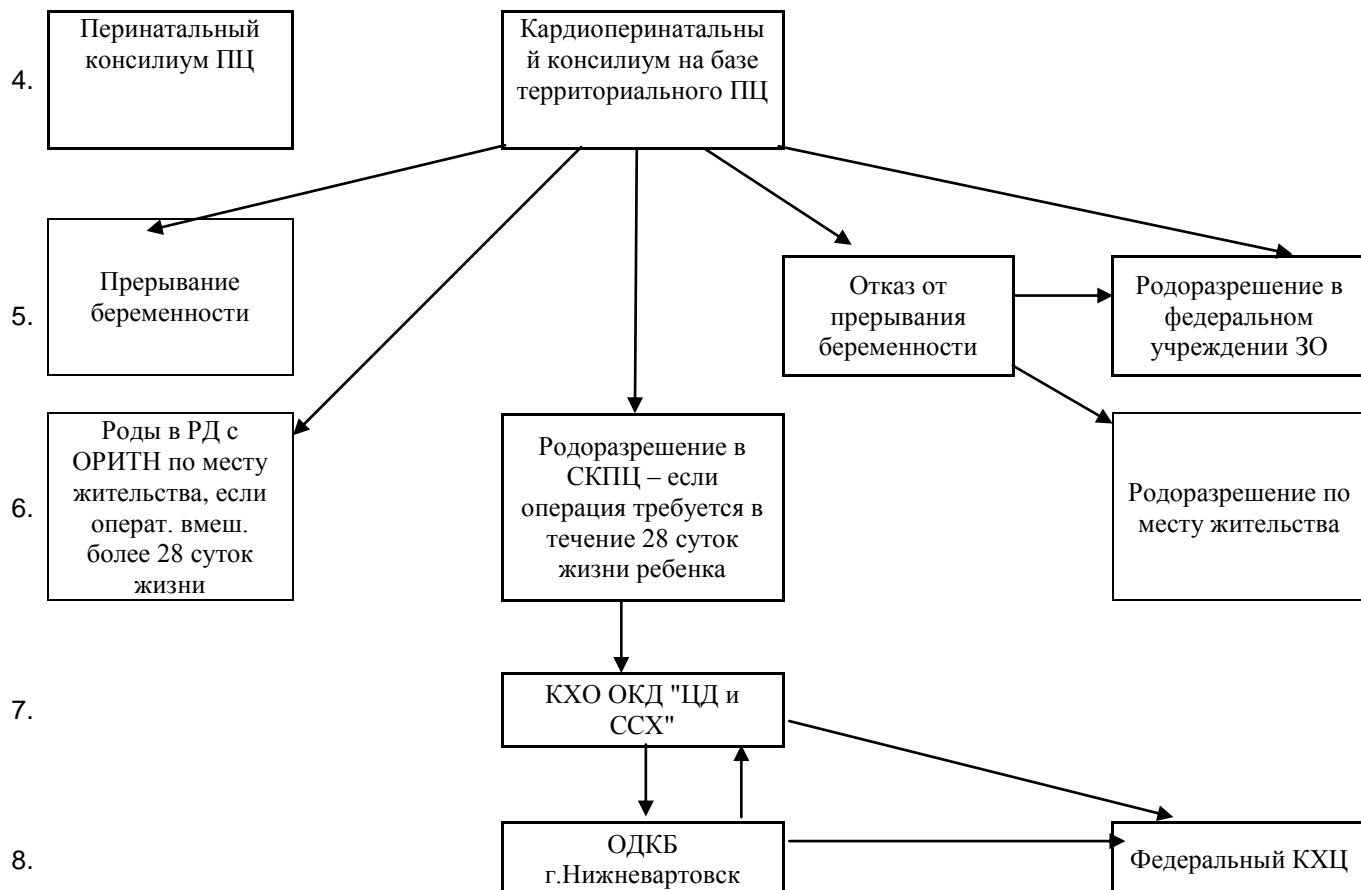
Заместитель главного врача по медицинской части: тел. / факс - (3462) 353113;

Кабинет диспансеризации: тел. / факс - (3462) 353082

Ответственный дежурный врач по стационару: рабочий – (3462) 536774, +79226536774.

Алгоритм взаимодействия ЛПУ округа при подозрении на ВПС у плода.





Пояснения к блок-схеме:

ВПС - врожденный порок сердца

СКПЦ - "Сургутский клинический перинатальный центр"

ОДКБ - "Окружная детская клиническая больница" г.Нижневартовск

Федеральный КХЦ - кардиохирургический центр федерального уровня

КХО ОКД "ЦД и ССХ" - кардиохирургическое отделение учреждения "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"

МГК ОКД "ЦД и ССХ" - медико-генетическая консультация учреждения "Окружной кардиологический диспансер "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии"

Приложение 8
к приказу Департамента здравоохранения
№ 349 от 20 июля 2010 года

Порядок оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в государственных учреждениях здравоохранения.

Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях в государственных учреждениях здравоохранения является сохранение и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательных репродуктивных технологий).

1. При наличии показаний для специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях женщины направляются в государственные учреждения здравоохранения в соответствии с квотами.
2. Порядок госпитализации осуществляется в соответствии видами оказываемой медицинской помощи.
3. Плановой госпитализации гинекологических больных на оперативное лечение из муниципальных учреждений здравоохранения предшествует направление необходимых документов (переводной эпикриз) руководителю учреждения (заместителю главного врача) и дистанционная (телемедицинская) или очная консультация в клинико-диагностическом отделении государственного учреждения.

ЧД Твд ДО									
Инфузионная терапия Раствор Скорость									
Медикаменты									
Манипуляции									

Транспортировку перенес хорошо, удовлетворительно, с ухудшением (подчеркнуть).

Дата _____ время с ____ по ____
Время передачи больного в отделение

Врач _____ / _____ /
подпись Ф.И.О.

Приложение 10
к приказу Департамента здравоохранения
№ 239 от 20 июля 2010 года

Инструкция

патологоанатомического исследования последов новорождённых.

Для выявления причин репродуктивных потерь, определения факторов риска акушерской и детской патологии, снижения материнской и детской заболеваемости, повышения качества медицинской помощи рекомендуется организовать сплошное исследование последов, независимо от гестационного срока. Результаты исследования последа отражаются в выписном эпикризе и сохраняются в амбулаторной карте ребёнка.

Доставка материала осуществляется при температуре +2+5 °С в течение 24 часов, не допуская замораживания или фиксации последа консервантами. Послед помещается в полиэтиленовый пакет, маркируется, доставляется в патологоанатомическое отделение вместе с направлением на исследование, заполненное акушером-гинекологом (акушеркой), принимавшим роды.

Послед без маркировки и направления на исследование не принимается.

Ответственность за хранение и своевременную доставку последа, надлежащее оформление направления несёт руководитель учреждений родовспоможения.

Исследование последа.

Макроскопическое исследование:

- форма, размеры (максимальный и минимальный диаметры, толщина), масса;

- состояние плодных оболочек (цвет, наличие отёка, кровоизлияний, разрывов) и сосудов (степень кровенаполнения, тромбоз, разрывы) хориальной пластины;
- консистенция, цвет и степень кровенаполнения плацентарной ткани;
- наличие инфарктов, тромбов, кист, разрывов и других патологических изменений (количество, цвет, размеры, локализация);
- состояние базальной пластины (количество и размер котиледонов, гематомы, дефекты ткани, инфаркты, кровоизлияния и др.);
- место прикрепления пуповины, её размеры (минимальные и максимальный диаметр, длина), масса, цвет, консистенция;
- количество и состояние сосудов пуповины (кровенаполнение, тромбоз, варикозное расширение, кровоизлияния);
- наличие ложных и истинных узлов пуповины;
- плацентарно-плодовый коэффициент (масса плаценты/масса плода; физиологический диапазон коэффициента 0,11-0,14);
- мембранозно-плацентарный коэффициент (масса оболочек/масса плаценты; физиологический диапазон коэффициента 0,1-0,13);
- линейная масса пуповины (масса пуповины/длина пуповины; физиологический диапазон коэффициента до 1,0 г/см);

Гистологическое исследование:

- проводится с использованием ускоренной парафиновой заливки и окраски препаратов гематоксилином и эозином, при необходимости - дополнительные методы окраски.
- амниотической оболочки, хориальной и базальной пластин, краевой зоны, ворсин хориона, межворсинчатого пространства;
- плодные оболочки (амниотический слой, спонгиозное пространство, трофобластический и децидуальный слой);
- пуповины (амниотическая оболочка, строма, сосуды);
- применение методик срочной гистологической обработки материала допустимо при сохранении высокого качества препаратов. Не допускается исследование срезов, полученных на замораживающем микротоме.

Цитологическое исследование:

- проводится для экстренного выявления воспалительной реакции, микрофлоры и внутриклеточных включений в препаратах, окрашенных азуром-эозином по Романовскому-Гимзе, метиленовым синим - основным фуксином по Павловскому и анилиновым фиолетовым по Грамму.
- плацента – плодовая и материнская поверхность (2-4 мазка);
- оболочки - плодовая и материнская поверхность (2-4 мазка);

- пуповина – поверхность разреза (1-2 мазка).

Дополнительные исследования:

- иммуногистохимические (по решению врача патологоанатома);
- бактериологические;
- лабораторные клинические.

Оформление результатов комплексного исследования проводится протоколом (приложение 7) с соблюдением принципов доказательной медицины и включением:

подробного описания основных структурных компонентов плодных оболочек, плаценты и пуповины;

обоснованной верификации морфологических критериев патологических процессов;

сопоставления полученных результатов с клиническими данными;

констатация определённых факторов риска, имеющих научно-практическое обоснование;

рекомендаций по диагностическим, лечебным и реабилитационным мероприятиям.

Выявление факторов риска акушерской и неонатальной патологии.

Факторы риска	Изменения последа
Субинволюция матки	Серозный хориодецидуит
Послеродовый эндометрит	Серозный, гнойный мембранит
Нагноение краёв операционной раны	Серозный хориодецидуит, гнойный мембранит
Внутриутробная пневмония	Серозный, гнойный мембранит, экссудативный фуникулит
Аntenатальная гипоксическая кардиопатия	Хроническая плацентарная недостаточность
Энцефалопатия	Сосудисто-стромальный фуникулит в сочетании с ронической плацентарной недостаточностью
Гематогенная внутриутробная инфекция	Диссеминированный продуктивный виллузит
Другие факторы	Обсуждается коллегиально с описанием патогенеза прогнозируемых осложнений в протоколе исследования последа

Количество исследуемых гистологических объектов:

плацента 10-15 кусочков;

пуповина – 2 кусочка;
оболочки – 2 спиральных блока.

Статистический учёт проводится по итогам квартала по следующим критериям:

- количество исследованных последов по отношению к общему количеству родов;
- общее количество воспалительных процессов, обусловленных восходящим распространением инфекции;
- количество воспалительных изменений пуповины (фуникулит), обусловленных восходящим инфицированием последа;
- общее количество воспалительных процессов, обусловленных гематогенным распространением инфекции;
- количество изменений последа, характерных для компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной стадий плацентарной недостаточности.

Уровни исследования

- первый уровень – последы исследуются в единичных случаях: при мертворождении и различных осложнениях беременности и родов; срок исследования более двух дней, применяется одна методика;
- второй уровень – исследуются последы всех мертворождённых и новорождённых, срок исследования до двух дней, применяются одна - две методики, определяются факторы риска для новорождённых и родильниц.
- Третий уровень - исследуются последы всех мертворождённых и новорождённых, срок исследования до двух дней, применяются две и более методик, включая дополнительные окраски, цитологические, лабораторные, бактериологические методы исследования, определяются факторы риска для новорождённых и родильниц.

Приложение 11
к приказу Департамента здравоохранения
№ 239 от 20 июля 2010 года

ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕДА

Направление на исследование.

Родильное отделение _____

Фамилия Имя Отчество родильницы _____

№ истории родов _____ дата родов _____

Возраст _____ Профессия _____ Вредности _____

Паритет _____ роды _____ аборты _____

Выкидыши _____

Осложнения при беременности _____

Срок гестации _____ длительность безводного периода _____

Продолжительность родов _____ 1 период _____ 2 период _____ 3 период _____

Осложнения родов _____

Состояние новорождённого: живой/мёртвый, масса _____ длина _____

Оценка по Apgar _____

Клинический диагноз

Врач Фамилия имя отчество, телефон _____

Послед направлен на исследование _____ Поступил в ПАО _____

Макроскопическое исследование

(внешний вид, размеры, масса, патологические изменения)

Плодные оболочки

Пуповина

Плацента

Цитологические исследования

4. Иммунофлюоресцентные исследования

5. Анализ пуповинной крови

Микроскопические исследования

Плодные оболочки

Пуповина

Плацента

Заключение

Факторы риска

Для матери

Для плода

Врач патологоанатом Фамилия Имя Отчество, телефон

Дата завершения исследования

Приложение 12
к приказу Департамента здравоохранения
№ 239 от 20 июля 2010 года

Информированный добровольный отказ от прерывания беременности
при выявлении несовместимых с жизнью врождённых пороков развития плода
(тяжёлых врождённых заболеваний)
Название лечебно-профилактического учреждения

« » _____ 201__ года
Я, нижеподписавшаяся, _____

_____ года рождения в соответствии со
статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об
охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N5487-1 настоящим
документом подтверждаю свой отказ от прерывания беременности при наличии
несовместимых с жизнью врождённых пороков плода (тяжёлых врождённых
заболеваний).

1. Я информирована лечащим врачом:

- о сроке моей беременности и характере пороков (заболевания) плода;
- о высоком риске смерти плода (ребёнка) и его инвалидности;
- о необходимости постоянного наблюдения, длительном лечении, в том числе хирургическими методами;
- о том, что медицинская помощь новорождённому не обеспечит абсолютного выздоровления ребёнка;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля состояния моего здоровья и плода в течение беременности в соответствии с назначениями лечащего врача;
- о необходимости приема назначенных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;
- о режиме поведения, соблюдения принципов здорового образа жизни, исключения курения, приёма алкогольных напитков и наркотических веществ.

2. Я имела возможность задавать любые вопросы и получила исчерпывающие ответы.

Заключение

Получив полную информацию о состоянии плода, возможных последствиях и осложнениях, которые сопровождают беременность и роды при наличии пороков плода (заболевании плода) подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о вынашивании беременности и рождении ребёнка.

Беременная _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил беременной суть заболевания плода и ответил на все вопросы.

Лечащий врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Приложение 13
к приказу Департамента здравоохранения
№ 349 от 20 июля 2010 года

Положение об организации деятельности отделения (палат) патологии новорожденных и недоношенных детей в БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая детская больница».

Настоящее положение регулирует организацию деятельности отделения (палат) патологии новорожденных и недоношенных детей с 1 января 2011 года.

Отделение (палаты) новорожденных и недоношенных детей (далее – О(п)ПННД) создаётся как структурное подразделение в БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая детская больница».

О(п)ПННД возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, на базе которой создано отделение (палаты).

Медицинскую помощь в О(п)ПННД обеспечивают специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., регистрационный № 14292), по специальности «неонатология».

В О(п)ПННД поступают новорожденные дети старше 1 месяца из акушерских стационаров территорий при наличии противопоказаний для выписки домой, дети из отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных для дальнейшего лечения и выхаживания, а также новорожденные после оперативного лечения.

О(п)ПННД осуществляет следующие функции:

- оказание специализированной медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям;
- внедрение новых технологий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы, снижение летальности и профилактику детской инвалидности;
- обеспечение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- проведение санитарно-просветительской работы с матерями и родственниками новорожденных и оказание им психологической поддержки;
- ведение учетной и отчетной медицинской документации и представление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

6. После завершения лечебных и ранних реабилитационных мероприятий дети из О(п)ПННД выписываются домой под наблюдение участкового врача-педиатра и врачей-специалистов.

При наличии медицинских показаний дети переводятся специализированные отделения по профилю заболевания для продолжения лечения.

Дети, оставшиеся без попечения родителей (опекунов), переводятся в муниципальные и специализированные учреждения здравоохранения автономного округа.

Деятельность О(п)ПННД обеспечивается при непосредственном участии лечебно – диагностических и вспомогательных подразделений Окружной клинической детской больницы. Лечебно-диагностический процесс новорожденным осуществляется на территории отделения (палат).

Структура О(п)ПННД включает не менее 30% коек совместного пребывания матери и ребенка, стандарт оснащения и штатная численность медицинского персонала О(п)ПННД, устанавливается согласно приложениям №№ 14-16 приказа Минздравсоцразвития РФ от 1.06.2010 № 409-н «Порядок оказания неонатологической медицинской помощи».