

УТВЕРЖДЕНО

Приказ

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

23.01.2010 № 52

ПОЛОЖЕНИЕ

о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь

1. Настоящее Положение разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования (далее – Положение) разработано в целях повышения эффективности и качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям, дальнейшего снижения материнской, перинатальной, младенческой смертности в Республике Беларусь и доступности оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным в организациях здравоохранения четырех технологических уровней оказания перинатальной медицинской помощи.

2. Перинатальная помощь - это система организации оказания медицинской помощи женщине, плоду и новорожденному, включая прегравидарный период, беременность, роды (родоразрешение) и послеродовый период.

Оказание перинатальной помощи строится на принципе равной доступности специализированной медицинской помощи с позиций ее обоснованности и эффективности.

Основной постулат создания разноуровневой системы – оказание медицинской помощи беременной женщине и новорожденному, в том числе и родовспоможение, должны проводиться на том уровне, где созданы условия для максимального сохранения жизни и здоровья беременной женщины, родильницы, роженицы и новорожденного ребенка.

С учетом имеющихся факторов риска у беременной (риск экстрагенитальной патологии, течения беременности и характера течения родов), а также при прогнозировании особенностей рождения ребенка, которые потребуют оказания анестезиолого-реанимационной или другой специализированной медицинской помощи, должны быть приняты меры по своевременной госпитализации беременной женщины на тот уровень, где в зависимости от ожидаемой патологии ей и ребенку будет оказан необходимый вид помощи в полном объеме.

3. Разноуровневая система оказания перинатальной помощи представляет собой комплекс организационных и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на повышение эффективности управления и

координации деятельности организаций здравоохранения, обеспечивающих оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и детям раннего возраста, снижение материнских и младенческих потерь, рациональное использование кадровых, финансовых, материальных и информационных ресурсов.

4. Основная цель разноуровневой системы оказания перинатальной помощи:

единые критерии качественной перинатальной помощи;

доступность для любой женщины и новорожденного всех компонентов действующей системы перинатальной помощи.

5. Задачи и функции разноуровневой системы оказания перинатальной помощи:

обеспечить доступность, этапность и преемственность при оказании медицинской помощи женщинам и детям с использованием современных медицинских технологий;

оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи женщинам и детям;

качественная организация экстренной медицинской помощи женщинам и детям;

оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи гинекологическим больным с применением современных технологий и методов лечения, оперативной техники, сохраняющей репродуктивное здоровье и обеспечивающей качество жизни в позднем возрастном периоде;

создание современной консультативной базы для женщин с гинекологической патологией, беременных и детей;

организационно-методическая работа по взаимодействию и преемственности в работе организаций здравоохранения всех уровней;

оказание практической помощи организациями здравоохранения более высокой технологической помощи специалистам районного и межрайонного уровней;

подготовка врачебного персонала и средних медицинских работников, повышение квалификации на рабочих местах в организациях здравоохранения более высокого технологического уровня.

6. В Республике Беларусь определены четыре технологических уровня оказания перинатальной помощи: первый - районный (городской), второй – межрайонный (городской), третий – областной (городской) и четвертый - республиканский.

Организационная структура представлена на схемах 1,2 и предусматривает сеть организаций здравоохранения и органов управления с прямыми и обратными функциональными связями.

Существующие косвенные связи в структуре перинатальной помощи выполняются Министерством здравоохранения и управлениями здравоохранения облисполкомов (комитета по здравоохранению Мингорисполкома) и представляют собой создание нормативно-правовой и инструктивной базы и проведение переоснащения организаций здравоохранения оказывающих перинатальную помощь (схема №1).

Прямые и обратные связи в структуре перинатальной помощи осуществляются между организациями здравоохранения и представляют собой эффективные механизмы разноуровневого оказания медицинской помощи пациентам (схема №2).

Ранжирование организаций здравоохранения по уровням, перечень показаний для госпитализации индивидуально для каждого региона разрабатывается и утверждается приказом начальника управления здравоохранения облисполкома (председателем комитета по здравоохранению Мингорисполкома) в соответствии с техническим оснащением, укомплектованностью и квалификацией медицинских кадров, тяжестью госпитализируемого контингента пациентов, видами и объемами оказания плановой и экстренной медицинской помощи, а так же с учетом географических особенностей региона.

Приказ согласовывается в отделе медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения.

7. Организации здравоохранения всех уровней оказания перинатальной помощи:

- обязаны находиться в постоянной готовности к своевременному оказанию экстренной медицинской помощи любой степени сложности женщинам и новорожденным;
- должны быть укомплектованы аптечками посиндромной терапии для купирования экстренно возникших осложнений беременности, родов, послеродового периода (анафилактический шок, эклампсия, эмболия околоплодными водами, акушерское кровотечение);
- должны иметь утвержденные главным врачом организации здравоохранения алгоритмы действий при возникновении экстренной ситуации (с указанием конкретных исполнителей на каждом рабочем месте), алгоритмы передачи дежурств.

8. Деятельность родовспомогательных и детских организаций здравоохранения осуществляется на основании действующего законодательства Республики Беларусь, нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – МЗ РБ) и управлений здравоохранения (далее – УЗО), комитета по здравоохранению Мингорисполкома настоящего положения, уставов и положений организаций здравоохранения.

9. Взаимоотношения между организациями здравоохранения, входящими в состав четырехуровневой системы, регулируются приказами МЗ РБ, УЗО, приказами главных врачей и Уставами соответствующих центральных районных (городских) больниц, областных и республиканских организаций здравоохранения.

10. Роды на всех уровнях перинатальной помощи ведутся врачом акушером-гинекологом в присутствии врача неонатолога (врача педиатра), при необходимости анестезиолога-реаниматолога на районном уровне и детского анестезиолога-реаниматолога на межрайонном, областном и республиканском уровнях.

11. Новорожденные дети осматриваются сразу после рождения врачом-неонатологом (врачом-педиатром), при необходимости врачом анестезиологом-реаниматологом (детским анестезиологом-реаниматологом).

12. В организациях здравоохранения всех уровней обеспечивается круглосуточная анестезиолого-реанимационная помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

13. Объемы медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям на всех уровнях оказания медицинской помощи определены утвержденными протоколами (стандартами) диагностики и лечения.

14. Родильные залы и отделения анестезиологии и реанимации всех уровней оказания перинатальной помощи оснащаются в соответствии с приказом МЗ РБ от 14.11.2008 г. № 1044 «Об утверждении примерного табеля оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения».

Расчет потребности и пополнение запаса лекарственных средств, инструментария, инфузионных сред, шовного материала производится непосредственно в организации здравоохранения в зависимости от среднего количества родов в год и фактических объемов оказания медицинской помощи

15. Беременные женщины, новорожденные направляются в организации здравоохранения различных уровней оказания перинатальной помощи с учетом примерных медицинских показаний, указанных в приложениях 1-4 к настоящему Положению.

Перечень медицинских показаний и алгоритмы действий персонала для обеспечения госпитализации и перевода гинекологических больных, беременных женщин, новорожденных детей непосредственно в организациях здравоохранения различных уровней оказания перинатальной помощи утверждаются приказами главных врачей организаций

здравоохранения и направляются на согласование главному акушеру-гинекологу УЗО (комитета по здравоохранению).

В организациях здравоохранения при оказании медицинской помощи гинекологическим больным, беременным женщинам, новорожденным детям участвуют все специалисты на основании разработанных алгоритмов действий медицинского персонала с момента поступления беременной в приемной отделение, заканчивая выпиской (переводом) из стационара.

Алгоритм действий утверждается главным врачом и доводится до сведения всех сотрудников организации здравоохранения под роспись. С алгоритмом должны быть ознакомлены сотрудники профильных кафедр, имеющих клиническую базу в данной организации здравоохранения.

16. Показания для госпитализации на более высокий уровень являются одновременно противопоказаниями для продолжения лечения пациентов на более низком уровне.

Исключение составляют только urgentные состояния, имеющие высокий риск транспортировки и требующее экстренного оказания медицинской помощи по месту первичного обращения.

17. Беременные женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией до и после родоразрешения и стабилизации акушерской ситуации должны переводиться в профильную клинику для продолжения лечения соматической патологии на основании решения консилиума с привлечением специалистов по профилю соматической патологии.

18. На третьем и четвертом уровнях перинатальной помощи, по направлению заведующих кафедр расположенных на базе этих организаций здравоохранения, могут госпитализироваться тематические больные в установленном для клинической организации порядке и по согласованию с руководителем.

19. Осуществление кураторства регионов сотрудниками кафедр медицинских университетов по акушерско-гинекологическому и неонатальному профилю.

20. Управления здравоохранения облисполкомов, комитет по здравоохранению Мингорисполкома осуществляют:

- координацию деятельности учреждений всех уровней на территории области;
- адаптацию, разработку и внедрение нормативно-правовой и инструктивной базы для оказания дифференцированной медицинской помощи женщинам и детям в организациях здравоохранения всех уровней области;
- внедрение системы контроля качества и экономической эффективности медицинской помощи женщинам и детям в организациях здравоохранения всех уровней области.

Приложение 1
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Положение о первом – районном (городском) уровне оказания
перинатальной помощи

1. Первый – районный (городской) уровень оказания перинатальной помощи - организации здравоохранения и их структурные подразделения, оказывают медицинскую помощь беременным и новорожденным без или с минимальным риском перинатальных потерь, обеспечивают выявление факторов перинатального и материнского риска, раннюю диагностику заболеваний и осложнений беременности и осуществляют при необходимости направление пациентов в организации здравоохранения более высокого уровня оказания перинатальной помощи в соответствии с установленными критериями.

2. К организациям здравоохранения первого уровня оказания перинатальной помощи относятся женские консультации центральных районных больниц (далее - ЦРБ), родильные и детские отделения ЦРБ, выделенные детские койки в отделениях интенсивной терапии и реанимации (далее - ОИТР) ЦРБ, также органично входящие в них фельдшерско-акушерские пункты (далее - ФАП), врачебные амбулатории, женские консультации поликлиник для взрослых.

3. Основными задачами первого уровня являются:

- выявление состояний риска перинатальной патологии;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению состояний и заболеваний, приводящих к перинатальным потерям;
- оказание медицинской помощи при физиологическом течении беременности, родов, послеродового и неонатального периодов;
- оказание неотложной помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным;
- своевременное направление нуждающихся пациентов на межрайонный и областной уровень.

4. На первом уровне обеспечивается:

- проведение родов акушером-гинекологом, неонатологом (педиатром). В нерабочее время дежурство акушера-гинеколога, неонатолога (педиатра) организуется на дому. В приказах по учреждению необходимо предусмотреть порядок вызова специалистов;
- круглосуточная анестезиолого-реанимационная помощь беременной, роженице, родильнице и новорожденному. Анестезиологи-

реаниматологи должны в плановом порядке направляться на курсы повышения квалификации на кафедру детской анестезиологии и реанимации.

Для работы в палатах новорожденных в штате акушерского (акушерско-гинекологического) отделения должна быть введена должность неонатолога, кроме того, необходимо предусмотреть подготовку по неонатологии врачей-педиатров, осуществляющих дежурства по ЦРБ, и подготовку неонатолога-дублера.

5. Решение о вызове врачей-консультантов с вышестоящего уровня для экстренной медицинской помощи принимается консилиумом. Специалисты первого уровня оказания перинатальной помощи обязаны поставить в известность областного акушера-гинеколога, при необходимости областного неонатолога, о возникновении сложной акушерской либо неонатальной ситуации и строго исполнять их рекомендации и указания с учетом меняющейся ситуации.

6. Направление пациентов на консультацию или госпитализацию на межрайонный уровень в плановом порядке проводится в соответствии с утвержденными показаниями для направления после совместного осмотра районного акушера-гинеколога либо заместителя главного врача курирующего вопросы родовспоможения и детства, заведующего отделением, лечащего врача.

Порядок плановой госпитализации согласовывается заместителем главного врача районной больницы с заместителем главного врача межрайонного уровня, ответственного за данный раздел работы.

7. Экстренное направление на госпитализацию на межрайонный уровень проводится в соответствии с утвержденными показаниями для направления. В дневное время госпитализация пациентки согласовывается заместителем главного врача районной больницы с заместителем главного врача межрайонного уровня, ответственного за данный раздел; в ночное время, выходные и праздничные дни - дежурным врачом (акушером-гинекологом), по согласованию ответственным дежурным врачом организации межрайонного уровня.

Направление для консультации или госпитализации в плановом порядке на межрайонный или областной уровни выдается пациенту лечащим врачом, заверяется заведующим отделением и заместителем главного врача, курирующего данный раздел.

Если после проведения консультации определена необходимость плановой госпитализации на межрайонный либо областной уровень – направление на госпитализацию выдает врач, проводивший консультацию на межрайонном либо областном уровне по согласованию с заведующим отделением и заместителем главного врача, ответственного за данный раздел работы в организации здравоохранения соответствующего уровня.

8. Примерный перечень медицинских показаний для госпитализации гинекологических больных, беременных женщин в организации здравоохранения первого – районного (городского) уровня оказания перинатальной помощи:

8.1. акушерство:

- физиологические роды;
- доношенная беременность (с 37 недель);
- продольное положение плода, головное предлежание;
- неправильное положение плода, для планового кесарева родоразрешения;
- узкий таз 1 степени;
- гестозы 1 степени;
- ФПН с ВЗРП 1 степени;
- маловодие и многоводие, без внутриматочной гипоксии;
- преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности;
- плановое кесарево сечение (по решению консилиума с участием зам. главного врача, курирующего службу родовспоможения), кроме случаев, подлежащих госпитализации на II и III уровни;
- угроза преждевременных родов для определения тактики и выбора уровня родоразрешения;
- анемии беременных 1 степени;
- экстрагенитальная патология (инфекции мочеполовых путей, артериальная гипертензия 1 стадии, другая хроническая патология без выраженных нарушений функций органов).

8.2. гинекология:

- опущение и выпадение матки 1-2 степени у женщин без выраженной экстрагенитальной патологии;
- доброкачественные опухоли матки (миома матки до 12 нед.) и придатков при отсутствии экстрагенитальной патологии (после детального обследования и исключения злокачественного процесса);
- воспалительные заболевания женских половых органов, в т.ч. придатковые образования гнойно-воспалительного характера (с привлечением при необходимости хирурга и врачей центра экстренной помощи);
- дисфункциональные маточные кровотечения;
- кровотечение (кровянистые выделения) из половых путей в перименопаузе и менопаузе для верификации диагноза;
- осложнения беременности до 22 недель, без выраженных нарушений функций органов, кроме случаев имеющих показания для госпитализации на более высокий уровень и в соматические отделения.

8.3. объем оперативной помощи (при наличии квалифицированных врачей акушеров-гинекологов, соответствующем оснащении лаборатории, операционных и ОИТР, наличии круглосуточных дежурств анестезиологов-реаниматологов):

- экстренная помощь (при необходимости с привлечением смежных специалистов и врачей центра экстренной медицинской помощи);
- прерывание беременности позднего срока по решению центральной врачебной контрольной комиссии (далее – ЦВКК);
- пластические операции на влагалище, промежности и шейке матки, при опущении и выпадении матки у женщин без выраженной экстрагенитальной патологии, не осложненные нарушением функции смежных органов и не требующие сложных технологий для коррекции;
- плановые операции по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков при отсутствии осложненной экстрагенитальной патологии (после детального обследования и исключения злокачественного процесса, при наличии условий для срочного гистологического исследования);
- экстренные операции по поводу придатковых образований гнойно-воспалительного характера с привлечением при необходимости хирурга и врачей центра экстренной медицинской помощи;
- плановые эндоскопические гинекологические операции на придатках матки (внематочная беременность, параовариальная кисты, однокамерные кисты яичников до 8см в диаметре), субсерозные узлы миомы 0 типа, при наличии соответствующей аппаратуры;
- плановые операции кесарева сечения, кроме случаев, подлежащих госпитализации на II и III уровни (не более 1 кесарева сечения в анамнезе);
- в сомнительных случаях вопрос об уровне проведения планового оперативного лечения решается консилиумом.

8.4. неонатология:

- уход за здоровыми новорожденными;
- первичная реанимация новорожденного в родильном зале;
- выхаживание новорожденных с незначительными нарушениями адаптационного периода;
- выхаживание маловесных к сроку гестации с хорошим сосательным рефлексом;
- выхаживание новорожденных с физиологической желтухой, для лечения которой необходима фототерапия;
- выхаживание новорожденных, перенесших асфиксию легкой и средней тяжести, но не имеющих серьезных постранимационных

осложнений (судорог, угнетения сознания, нарушений гемодинамики, дыхания, мочевыделения и пищеварения);

- выхаживание новорожденных, нуждающихся в кратковременной (до 3 суток) кислородной терапии и не требующих искусственной вентиляции легких;

- выхаживание новорожденных с возможными другими незначительными нарушениями адаптационного периода (например, гипогликемия, гипокальциемия, потеря веса и т.п.).

8.5. экстренная помощь:

- экстренное кесарево сечение;

- применение вакуум-экстрактора или наложение акушерских щипцов (в исключительных случаях, по строгим показаниям);

- преждевременные и патологические роды в рамках неотложной акушерской помощи;

- оказание другой необходимой неотложной акушерской помощи;

- с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5 для стабилизации состояния беременной, роженицы, родильницы, для ее интенсивной терапии и подготовки к транспортировке в стационар более высокого уровня;

- оказание неотложной помощи новорожденному с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 для стабилизации состояния и подготовки к транспортировке в стационар более высокого уровня.

Приложение 2
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Положение о втором – межрайонном (городском) уровне
оказания перинатальной помощи

1. Второй – межрайонный уровень оказания перинатальной помощи-организации здравоохранения и их структурные подразделения, которые обеспечивают в полном объеме медицинскую помощь беременным и роженицам с физиологическим и патологическим течением беременности и родов, экстрагенитальной патологией.

2. Межрайонной уровень оказания перинатальной помощи включает:

родильные дома или акушерские отделения многопрофильной больницы (или крупной ЦРБ или ГБ);

отделения реанимации новорожденных или посты интенсивной терапии и реанимации новорожденных в составе анестезиолого-реанимационного отделения (далее АРО);

выездные реанимационно-консультативные бригады (порядок функционирования бригады определен действующей нормативной правовой и инструктивной базой);

отделения второго этапа выхаживания новорожденных в детских больницах, педиатрических отделениях многопрофильных больниц или ЦРБ (ГБ), акушерских стационарах.

3. Для обеспечения специализированной помощи беременным в акушерском стационаре межрайонного уровня организовывается отделение (палаты) патологии беременности. Дополнительные должности медицинского и другого персонала вводятся в соответствии со штатными нормативами и объемами оказания перинатальной помощи.

4. Основные функции второго уровня:

Обеспечение функций первого уровня перинатальной помощи для населения закрепленной территории (согласно критериям и показаниям для первого уровня);

Обеспечение необходимого объема медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным из прикрепленных районов при прогнозируемых осложнениях в родах и осложнениях беременности, согласно ниже приведенным критериям.

5. На межрайонном уровне обеспечивается круглосуточное дежурство врачей акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога (детского анестезиолога-реаниматолога).

6. Направление пациентов на консультацию или госпитализацию на областной или республиканский уровень в плановом порядке проводится в соответствии с утвержденными показаниями для направления после совместного осмотра районного (городского) акушера-гинеколога либо заместителя главного врача курирующего вопросы родовспоможения и детства, заведующего отделения и лечащего врача.

Порядок госпитализация пациентки согласовывается заместителем главного врача районной (городской) больницы с заместителем главного врача областного или республиканского уровня, ответственного за данный раздел.

Экстренное направление на госпитализацию на областной уровень проводится в соответствии с утвержденными показаниями для направления. В дневное время госпитализация пациентки согласовывается заместителем главного врача районной (городской) больницы с заместителем главного врача областного уровня, ответственного за данный раздел; в ночное время, выходные и праздничные дни - дежурным врачом (акушером-гинекологом), по согласованию с ответственным дежурным врачом организации областного уровня.

В случае отказа в переводе пациентки при необходимости дальнейшее согласование проводится на уровне главных врачей учреждений, главного акушера-гинеколога области, заместителя начальника управления здравоохранения.

7. Для консультации или госпитализации в плановом порядке на областной или республиканский уровни пациенту лечащим врачом выдается направление, заверенное заведующим отделением и заместителем главного врача, курирующего данный раздел.

Если после проведения консультации определена необходимость плановой госпитализации на областной или республиканский уровни – направление на госпитализацию выдает врач, проводивший консультацию на областном или республиканском уровне по согласованию с заведующим отделением и заместителем главного врача, ответственного за данный раздел работы, того лечебного учреждения, куда направляется больной.

8. Примерный перечень медицинских показаний для госпитализации гинекологических больных, беременных женщин в организации здравоохранения второго – межрайонного (городского) уровня оказания перинатальной помощи:

8.1. акушерство:

- угрожающие преждевременные роды в сроке 34-36 недель беременности для УЗ «Ошмянская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «ГКБ СМП г.Гродно» - до открытия отделения реанимации для новорожденных, с 32 недель для УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», кроме случаев, подлежащих лечению на третьем уровне оказания перинатальной помощи;

- гестоз 2-й степени тяжести;

- хроническая ФПН компенсированная и субкомпенсированная форма (по данным доплерометрии нарушение фетоплацентарного кровотока 1-2ст., гипотрофия плода 2 и более степени по данным УЗИ, признаки умеренной гипоксии плода по КТГ);

- многоплодная беременность (двойней), паритет родов 4 и более;

- анатомически узкий таз (2 и более степени);

- многоводие или маловодие;

- юные и возрастные первородящие;

- травмы родовых путей в детстве или накануне беременности, врожденных аномалий развития половых органов.

- наличие экстрагенитальной патологии без выраженного нарушения функции органов;

- гестационный сахарный диабет класса А 1 и А 2 (при компенсированном состоянии женщины);

- заболевания щитовидной железы без нарушения ее функции;

- гипертоническая болезнь 1-2 степени, нейро-циркуляторная дистония;

- предлежание плаценты в сроке после 32 недель беременности;

- отягощенный акушерский анамнез: преэклампсия в анамнезе, гипо- и атонические маточные кровотечения в анамнезе; гестоз тяжелой степени в анамнезе; 2 операции кесарева сечения в анамнезе; неразвивающаяся беременность в анамнезе; фетоинфантильные потери в анамнезе; 2 и более хирургических вмешательств на органах малого таза; аномалии родовой деятельности при предыдущих родах;

- тазовое, косое, поперечное положения плода;

- антенатальная гибель плода при настоящей беременности;

- сочетание фибромиомы матки с беременностью при многочисленных миоматозных узлах, нарушении питания узлов, создании узлами препятствия для рождения плода;

- перенашивание беременности (42 недели и более), крупный плод (4000 г и более);

6.2. гинекология:

- неразвивающаяся беременность позднего срока;

- начавшиеся выкидыши позднего срока с излитием околоплодных вод и неподготовленными родовыми путями;
- все виды оперативных вмешательств при наличии неосложненной (сочетанной) экстрагенитальной патологии без высокого риска анестезиологического пособия;
- прерывания беременности позднего срока по решению ЦВКК и врачебно-контрольных комиссий ЦРБ (ЦГБ) (в исключительных случаях);
- беременные с объемными образованиями придатков для оперативного лечения;
- внематочная беременность;
- эндоскопические и полостные операции первого уровня и субтотальная гистерэктомия, при отсутствии технических возможностей на первом уровне.

8.3. неонатология:

- уход за здоровым новорожденным;
- первичная реанимация в родильном зале;
- выхаживание новорожденных с нарушениями адаптационного периода;
- выхаживание новорожденных маловесных детей с хорошим сосательным рефлексом;
- выхаживание новорожденных, перенесших асфиксию легкой и средней тяжести и имеющих постреанимационные осложнения (судороги, угнетение сознания, нарушения гемодинамики, дыхания, мочевыделения и пищеварения);
- выхаживание недоношенных новорожденных в сроке гестации от 32 недель и более;
- выхаживание новорожденных с патологической желтухой;
- выхаживание новорожденных, нуждающихся в длительной кислородной терапии и респираторной поддержке;
- новорожденные с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 после проведения консультации специалистов 3 уровня и наличии условий для оказания всего объема медицинской помощи и отсутствии показаний для перевода на 3-4 уровень.

8.4. экстренная помощь:

- экстренное кесарево сечение;
- применение вакуум-экстрактора или наложение акушерских щипцов;
- преждевременные и патологические роды (не подлежащие для родоразрешения на втором уровне) в рамках неотложной акушерской помощи;
- оказание другой необходимой неотложной акушерской помощи;
- с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5 для стабилизации состояния беременной, роженицы, родильницы, ее

интенсивной терапии и подготовки к транспортировке в стационар более высокого уровня;

- оказание неотложной помощи новорожденному с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 для стабилизации состояния и подготовки при необходимости к транспортировке в стационар более высокого уровня.

Приложение 3
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Положение о третьем – областном (городском) уровне оказания
перинатальной помощи

1. Третий – областной (городской) уровень перинатальной помощи - организации здравоохранения и их структурные подразделения, обеспечивающие оказание медицинской помощи любой степени сложности беременным женщинам и их новорожденным.

2. Областной уровень оказания перинатальной помощи включает:
областные (городские) родильные дома,
родильное отделение многопрофильной областной (городской) больницы, выполняющее функции областного роддома,
областной перинатальный центр;
областная (городская) детская больница,
медико-генетический центр (отделение, консультация);
отделения патологии беременности.

На третьем уровне функционируют:
отделения реанимации новорожденных;
выездные реанимационно-консультативные бригады (порядок функционирования бригад определен действующей нормативной, правовой и инструктивной базой);

отделения второго этапа выхаживания новорожденных в детских больницах, педиатрических отделениях многопрофильных больниц или ЦРБ (ГБ), акушерских стационарах.

3. Структура, определяющая областной уровень, кроме оказания медицинской помощи лечения пациентов, находящихся в данной организации, занимается перераспределением пациентов в рамках медицинской сети региона таким образом, чтобы наиболее тяжелобольные из них получали помощь в организациях здравоохранения более высокого уровня.

Взаимоотношения между организациями здравоохранения региона регулируются приказами управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов (комитета по здравоохранению Мингорисполкома) и должны иметь четкие механизмы взаимодействия.

4. Основные функции третьего уровня оказания перинатальной помощи:

обеспечение функций первого и второго уровня для населения закрепленной территории (согласно критериям и показаниям для первого и второго уровня);

оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам из районов области госпитализированным по показаниям для направления в стационары III уровня; оказание медицинской помощи в отделениях перинатальных центров и отделениях детских областных больниц новорожденным, как родившимся на областном уровне, так и переведенным из других родовспомогательных учреждений, а также детям раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии;

обучение персонала организаций здравоохранения региона на рабочем месте.

5. На третьем уровне организуется круглосуточное дежурство ответственного акушера-гинеколога, действия которого должны быть определены соответствующим приказом главного врача учреждения, а также акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов и детских анестезиологов-реаниматологов.

6. Направление пациентов с экстренной патологией на третий уровень осуществляется по согласованию с главным акушером-гинекологом области (г. Минска) или заместителем главного врача учреждения третьего уровня оказания перинатальной помощи, курирующего данный раздел работы, или ответственного дежурного акушера-гинеколога (в ночное время, выходные и праздничные дни).

В случае отказа в переводе пациентки при необходимости дальнейшее согласование проводится на уровне главных врачей учреждений, главного акушера-гинеколога области, заместителя начальника управления здравоохранения.

7. Примерный перечень медицинских показаний для госпитализации гинекологических больных, беременных женщин в организации здравоохранения третьего – областного (городского) уровня оказания перинатальной помощи:

7.1. акушерство:

в первом триместре беременности:

- привычное невынашивание (недонашивание) любого, в т.ч. смешанного генеза;
- привычное невынашивание в сроки 22-32 недели при риске развития преждевременных родов;
- повторный тяжёлый токсикоз первой половины беременности при неблагоприятном исходе предыдущей беременности или неэффективном лечении на I-II уровнях;

- беременные женщины при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний для решения вопроса о необходимости прерывания беременности;

во втором и третьем триместрах беременности и при направлении для родоразрешения:

- угрожающие преждевременные роды до 34 недель беременности при укорочении шейки матки до 0,5 см и открытии маточного зева не менее 4 см;

- транспортировка на себя женщин с угрожающими или начавшимися преждевременными родами при сроке гестации менее 32 недель или при ожидании рождения ребенка с массой тела 1500,0 и менее (оценивает консилиум на месте);

- доказанная лабораторно изосенсибилизация по Rh-фактору; АВО-системе; HLA-системе и др.;

- отказ от прерывания беременности по медицинским показаниям, для дополнительного обследования, коррекции лечения основного заболевания, составления плана дальнейшего ведения беременности;

- женщины с длительно текущим гестозом II степени, при неэффективности лечения на II уровне и необходимости родоразрешения до 32 недель беременности;

- беременные с гестозом III степени, независимо от срока гестации, редкие формы гестозов (с учетом риска транспортировки);

- хроническая ФПН суб и декомпенсированная форма (гипотрофия плода 2-3 ст., нарушение фетоплацентарного кровотока 2-3 ст.);

- острое многоводие до 32 недель гестации;

- разрывы шейки матки и промежности 3 степени в анамнезе; травмы костей таза;

- беременность после ЭКО (кроме случаев, подлежащих госпитализации на республиканский уровень);

- три и более кесаревых сечений в анамнезе;

- сочетание предстоящего кесарева сечения с выраженным спаечным процессом в брюшной полости или малом тазе;

- сочетание беременности с онкологическими заболеваниями независимо от срока для родоразрешения, перенесенное онкологическое заболевание и беременность;

- наличие в анамнезе септических осложнений после родов и прерывания предыдущих беременностей;

- тяжелые экстрагенитальные заболевания для родоразрешения (заболевания крови, включая анемии II-III степени; заболевания печени,

заболевания лёгких с дыхательной недостаточностью II-III степени; заболевания сердечно-сосудистой системы);

- досрочное прерывание беременности по медицинским показаниям;
- многоплодные роды (3 и более плода);
- при прогнозировании рождения больного ребенка, требующего оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с врожденными пороками развития, требующими хирургической коррекции;
- сочетание беременности после 22 недель и новообразований яичников;
- сочетание беременности и миомы матки больших размеров, миомы с нарушением трофики узлов, наличие образований создающих препятствие для рождения плода;
- центральное предлежание плаценты при возможности транспортировки пациентки;
- заболевания эндокринной системы с выраженным нарушением функции, гестационный сахарный диабет класса В, все классы инсулинзависимого сахарного диабета и диабета 2 типа;
- заболевания сердечно-сосудистой системы без нарушения сердечного ритма, проводимости при угрозе развития декомпенсации в родах (за исключением пороков сердца с недостаточностью кровообращения IIa и более, при наличии легочной гипертензии).
- заболевания системы крови, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;
- анемия беременных 3 ст.;
- маточного кровотечения во время предыдущих родов с нарушением свертывающей системы крови;
- паритет родов 5 и более;
- уронефрологическая патология у беременных, рожениц и родильниц для УЗ «ГКБ СМП»;
- сочетание беременности и заболевания нервной системы (лечение и специфика) для УЗ «ГКБ СМП».

7.2. гинекология:

- прерывание беременности по медико-генетическим показаниям, в том числе до 12 недель беременности;
- прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниями по решению областной комиссии по прерыванию беременности;
- оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии неинфекционной этиологии;

7.3. неонатология:

- первичная реанимация в родильном зале;
 - оказание всего спектра медицинской помощи новорожденному ребенку:
 - с физиологическим и патологическим течением периода адаптации;
 - родившемуся в сроке гестации беременности менее 32 недель и/или массой тела ниже 1500,0;
 - требующему специальной или длительной респираторной поддержки;
 - с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8.
- 7.4. весь спектр экстренной медицинской помощи беременной, родильнице, роженице и новорожденному ребенку (в т.ч. с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5,8)

Приложение 4
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Положение о четвертом – республиканском уровне
оказания перинатальной помощи

1. Четвертый – республиканский уровень представлен государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее – РНПЦ «Мать и дитя»), который осуществляет оказание медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных и новейших лечебно-диагностических технологий.

2. Основными функциями РНПЦ «Мать и дитя» являются:

оказание медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту женщин репродуктивного возраста, беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, как родившихся на республиканском уровне, так и переведенных из других родовспомогательных учреждений, а также детей раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии;

создание на своей базе оптимальных условий для осуществления лечебного процесса, обучения и проведения научных исследований;

обучение персонала организаций здравоохранения разных уровней перинатальной помощи для более быстрого внедрения современных перинатальных технологий;

проведение экспертной оценки качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям, раннего возраста в регионах;

разработка, апробация и внедрение в деятельность организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

осуществление статистического мониторинга и анализа основных демографических показателей (материнской, перинатальной, младенческой смертности, заболеваемости беременных, рожениц, новорожденных и детей); разработка предложений по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;

внедрение системы контроля качества и экономической эффективности оказания медицинской помощи женщинам и детям в организациях здравоохранения всех уровней области (г. Минска), в том числе с использованием информационно-аналитических систем.

3. Перевод (направление) пациентов с экстренной патологией на республиканский уровень осуществляется с любого технологического уровня по решению консилиума с участием специалистов области или республики по согласованию с заместителем директора по акушерству и гинекологии, или ответственным дежурным акушером-гинекологом РНПЦ «Мать и дитя».

О случаях отказа в госпитализации при необходимости в переводе, дальнейшее согласование проводится на уровне главных врачей, главного акушера-гинеколога области и главного акушера-гинеколога МЗ РБ, начальника отдела медицинской помощи матерям и детям МЗ РБ.

4. Направление в плановом порядке для консультации и госпитализации пациентов осуществляется в соответствии с утвержденным МЗ РБ положением о порядке направления в РНПЦ «Мать и дитя».

5. Примерный перечень медицинских показаний для госпитализации гинекологических больных, беременных женщин в РНПЦ «Мать и дитя»:

5.1. акушерство:

- тяжелые экстрагенитальные заболевания при беременности: заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз; сахарный диабет субкомпенсированное и декомпенсированное состояние; сердечно-сосудистые заболевания с нарушением сердечного ритма, проводимости и кровообращения, ВПС Н2а ст. и выше (или при угрозе развития декомпенсации в родах и высокм риске феталинфантильных и материнских потерь); тяжелая неврологическая патология;

- системные заболевания соединительной ткани; болезни крови, почек, гепато-билиарной, костно-суставной системы и других органов при беременности с выраженным нарушением функции органов;

- привычное невынашивание беременности;

- сенсбилизация по резус-фактору, АВО-системе и другие формы иммунной сенсбилизации до или после 18 недель беременности и другие состояния плода (в том числе фето-фетальный трансфузионный синдром) для проведения фетоскопических оперативных вмешательств (внутриматочная хирургическая коррекция антенатальной патологии с использованием фетоскопической техники);

- беременные с экстрагенитальными злокачественными новообразованиями, раком шейки матки, яичников, в том числе после

проведенного комбинированного, органосохраняющего лечения; сочетание беременности и новообразований матки и (или) яичников

- беременность и антифосфолипидный синдром, врожденные и приобретенные тромбофилии;
- синдром задержки развития плода 2-3 степени;
- тяжелые поздние гестозы беременных, атипичные формы позднего гестоза (HELLP-синдром; острый жировой гепатоз беременных) с учетом риска транспортировки;
- сепсис или подозрение на него;
- острый и подострый тромбофлебит, илеофemorальный тромбоз у беременных;
- свищи любой локализации;
- анемии беременных III степени тяжести;
- предстоящие (вероятные) преждевременные роды в сроке гестации 22-32 недели, в том числе с тяжелой экстрагенитальной патологией;
- беременность после ЭКО, осложненная синдромом гиперстимуляции яичников 2-3 степени.

5.2. Показания к госпитализации в гинекологическое отделение ГУ РШЦ «Мать и дитя»:

- гинекологические заболевания у женщин репродуктивного возраста с тяжелой патологией системы кровообращения, почек и мочевыводящих путей, эндокринной системы для консервативного и оперативного лечения;
- при сочетании гинекологической патологии с экстрагенитальной в состоянии субкомпенсации или декомпенсации (по жизненным показаниям) при высоком риске анестезиологического пособия после обследования и подготовки к операции в условиях соматического стационара;
- гинекологические заболевания у девочек от 0 до 18 лет (исключая онкологическую патологию);
- бесплодие (сочетанные формы);
- прерывание беременности по генетическим показаниям в сроках до 21 недели; прерывание беременности по медицинским, и социальным показаниям при тяжелой экстрагенитальной патологии.

5.3. неонатология:

- первичная реанимация в родильном зале;
- оказание всего спектра медицинской помощи новорожденному ребенку:
- с физиологическим и патологическим течением периода адаптации;
- родившемуся в сроке гестации беременности менее 32 недель и/или массой тела ниже 1500,0;
- требующему специальной или длительной респираторной поддержки;

с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8.

1.4. весь спектр экстренной медицинской помощи беременной, роженице, роженице и новорожденному ребенку (в т.ч. с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5, 8).

Приложение 5
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной
помощи и порядке ее
функционирования
в Республике Беларусь

Показания для направления (перевода) беременных и родильниц в
анестезиолого-реанимационные отделения
(для всех уровней оказания перинатальной помощи)

1. Тяжёлые и редкие формы гестозов (нефропатия III степени, преэклампсия, эклампсия, HELLP синдром, острая жировая дистрофия печени) для подготовки к родоразрешению и в послеродовом периоде.
2. Все виды кровотечений в предродовом, родовом и послеродовом периоде (после достигнутого хирургического гемостаза) при необходимости проведения трансфузионной терапии препаратами крови; синдром ДВС; геморрагический шок.
3. Тяжёлые септические осложнения (в том числе в результате инфицированного выкидыша, криминального аборта и др.); токсико-септический шок.
4. Пациентки, перенесшие тяжёлые, длительные оперативные вмешательства, требующие продлённой ИВЛ, интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии и динамического наблюдения в послеоперационном периоде.
5. Тяжёлая экстрагенитальная патология для интенсивной терапии и динамического наблюдения в период подготовки к родоразрешению, в послеродовом периоде:
 - 5.1. со стороны сердечно-сосудистой системы:
 - острый период крупноочагового инфаркта миокарда;
 - кардиогенный шок;
 - аритмии, сопровождающиеся гемодинамической нестабильностью (систолическое АД < 80 мм.рт.ст., среднее АД < 60 мм.рт.ст.);
 - острая сердечная недостаточность, сопровождающаяся дыхательной недостаточностью или требующая гемодинамической и/или респираторной поддержки;
 - остановка сердечной деятельности;
 - гидроторакс, сопровождающийся гемодинамической нестабильностью;
 - расслоение аневризмы брюшной аорты (в качестве предоперационной подготовки);

- полный АВ блок;

5.2. все виды шока при появлении классических диагностических критериев (холодные и бледные кожные покровы, нарушение сознания, нитевидный пульс) за исключением гиповолемического, вызванного продолжающимся кровотечением;

5.3. со стороны дыхательной системы:

- острая дыхательная недостаточность, нуждающаяся в проведении респираторной поддержки;

- легочная эмболия;

- бронхиальная астма в стадии обострения;

5.4. метаболическая, токсическая или гипоксическая кома;

5.5. коматозные состояния алкогольного генеза;

5.6. внутричерепное кровоизлияние с клиникой сдавливания мозга у пациентов нейрохирургического или другого отделения больницы за исключением приемного покоя, при отсутствии необходимости в оперативном лечении или в целях предоперационной подготовки (предоперационная подготовка пациентов, поступающих в больницу, проводится в приемном покое совместно с реаниматологом);

5.7. со стороны нервной системы:

менингит, являющийся причиной нарушения сознания или дыхания; центральные или нервно-мышечные нарушения, сопровождающиеся прогрессирующим ухудшением нервно-мышечного статуса или функции дыхания;

эпилептический статус;

тяжелая ЧМТ;

5.8. медикаментозные отравления госпитализируются в случае отсутствия возможности перевода больного в центр интенсивной терапии отравлений (до момента решения вопроса о переводе, помощь пациенту оказывается в приемном отделении, совместно с анестезиологом-реаниматологом);

5.9. со стороны ЖКТ:

- желудочно-кишечное кровотечение, сопровождающееся гипотензией, ангинозной болью, продолжающееся кровотечение, не требующее хирургического лечения;

- острая печеночная недостаточность;

- тяжелый панкреатит (панкреатит, сопровождающийся признаками нарушения сознания и респираторного дистресса);

5.10. со стороны эндокринной системы:

- диабетический кетоацидоз, осложненный гемодинамической нестабильностью (систолическое АД < 80 мм.рт.ст., среднее АД < 60 мм.рт.ст.), нарушением ментального статуса, дыхательной недостаточностью или тяжелым ацидозом (pH<7,2);

- тиреотоксический криз или гипотиреоидная, гипопаратиреоидная кома с гемодинамической нестабильностью, судорогами (систолическое АД < 80 мм.рт.ст., среднее АД < 60 мм.рт.ст.);

- гиперосмолярный статус, осложненный комой или гемодинамической нестабильностью;

- другие эндокринные заболевания, осложненные гемодинамической нестабильностью (систолическое АД < 80 мм.рт.ст., среднее АД < 60 мм.рт.ст.);

5.11. нарушения электролитного обмена:

- тяжелая гиперкальциемия с нарушением сознания и необходимостью гемодинамического мониторинга;

- гипер – или гипонатриемия с судорогами и нарушением сознания;

- гипо- или гипермагнезиemia с нарушением гемодинамики и аритмиями;

- гипо- или гиперкалиемия с нарушением сердечного ритма или мышечного тонуса;

- ахлоргидрическая кома;

5.12. другие состояния:

- необходимость в наличии индивидуального сестринского поста (определяется врачом психиатром);

- необходимость расширенного гемодинамического мониторинга (определяется реаниматологом);

- по витальным признакам: пульс < 40 или > 150 уд/мин.; систолическое артериальное давление < 80 мм.рт.ст.; среднее артериальное давление < 60 мм.рт.ст.; диастолическое давление > 120 мм.рт.ст.; частота дыханий > 35/мин.;

- по лабораторным данным (острые изменения): натрий плазмы < 110 или > 7 ммоль/л; P_{aO_2} < 50 мм.рт.ст.; pH < 7,1 или 7,7; глюкоза > 10 г/л при отсутствии выставленного диагноза сахарного диабета.

Приложение 6
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Рекомендуемая структура регионального перинатального центра:

Консультативно-диагностическое отделение (поликлиника):
консультативные кабинеты для беременных женщин;
кабинет невынашивания беременности;
консультативные кабинеты для супружеских пар с нарушением
репродуктивной функции;
кабинет планирования семьи;
кабинеты врачей-специалистов;
кабинет медико-генетического консультирования;
кабинет подготовки беременной женщины и ее семьи к родам,
партнерским родам;
кабинеты медико-психологической и социально-правовой помощи
женщинам;
процедурный кабинет;
малые операционные;
амбулаторное отделение (кабинет) для детей раннего возраста,
нуждающихся в динамическом наблюдении и реабилитации;
отделение вспомогательных репродуктивных технологий;
отделение (кабинет) функциональной диагностики;
отделение лучевой диагностики;
эндоскопическое отделение;
физиотерапевтическое отделение (кабинет);
стоматологический кабинет;
дневной стационар на 10 - 15 коек;
пансионат для иногородних пациентов (на платной основе),
Акушерский стационар:
отделение патологии беременности;
родовое отделение (индивидуальные родовые палаты) с
операционными;
отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и
интенсивной терапии для беременных женщин, родильниц,
гинекологических пациенток;
акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием
матери и ребенка;

акушерское наблюдательное отделение (боксовые палаты, при их отсутствии наличие изолятора; палаты совместного пребывания матери и ребенка).

Педиатрический стационар:

отделения новорожденных акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений;

отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с экспресс-лабораторией;

дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными неонатальными бригадами скорой медицинской помощи;

отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания).

Физиотерапевтическое отделение.

Клинико-диагностическое отделение:

клинико-диагностическая лаборатория;

клинико-диагностическая (генетическая) лаборатория;

бактериологическая лаборатория.

Организационно-методический отдел.

Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами: администрация; пищеблок; бухгалтерия; отдел кадров; отдел снабжения; экономическая служба; технические службы; аптека; централизованная стерилизационная и прочее.

Приложение 7
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Примерное ПОЛОЖЕНИЕ*
об ответственном дежурном враче организации здравоохранения третьего
уровня перинатальной помощи

1. Общие положения

1.1. Ответственным дежурным врачом назначается наиболее опытный, теоретически и практически подготовленный врач акушер-гинеколог, имеющий высшую или первую квалификационную категорию по акушерству и гинекологии.

1.2. Ответственный дежурный врач осуществляет дежурства согласно графику, утвержденному главным врачом, согласованному с председателем профсоюзного комитета.

1.3. Ответственный дежурный врач руководствуется в своей работе:

- нормативными правовыми актами, а также отраслевыми руководящими и методическими документами по вопросам деятельности учреждения и по вопросам здравоохранения;

- приказами и распоряжениями главного врача организации здравоохранения;

- уставом, коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка, настоящей должностной инструкцией.

1.4. Распоряжения ответственного дежурного врача являются обязательными для исполнения персоналом всей дежурной бригады.

1.5. Ответственный дежурный врач:

1.5.1. обеспечивает контроль за оказанием квалифицированной медицинской помощи женщинам и новорожденным в организации здравоохранения в полном объеме лечебно-диагностических мероприятий, в соответствии с Протоколами диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии, утвержденными МЗ РБ;

1.5.2. при занятости дежурных врачей (роды, операция, врачебная манипуляция) оказывает медицинскую помощь пациентам.

1.5.3. распределяет вновь поступающих больных по отделениям, рассматривает случаи отказа в госпитализации;

1.5.4. осматривает всех поступающих рожениц, беременных, находящихся под наблюдением, в отделении патологии беременности, пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии и реанимации;

1.5.5. устанавливает факт смерти больной, роженицы, родильницы; оформляет медицинскую документацию;

1.5.6. освобождается от дежурства только после сдачи дежурства следующему ответственному дежурному врачу с передачей сведений (при необходимости после проведения совместного осмотра) о находящихся под наблюдением пациентах;

1.5.7. организовывает консилиумы, вызов смежных специалистов для осмотра больных по линии центра экстренной медицинской помощи и согласовывает с ответственными дежурными других лечебных учреждений – направление на консультацию и перевод пациентов;

1.5.8. осуществляет оптимальную расстановку медицинских кадров для проведения в полном объеме лечебно-диагностического процесса;

1.5.9. контролирует вопросы госпитализации и выписки из учреждения, и переводов в другие отделения организации здравоохранения;

1.5.10. координирует взаимодействие функциональных подразделений, обеспечивать преемственность их работы с другими отделениями организации здравоохранения;

1.5.11. проводит экспертизу качества оказания медицинской помощи врачами дежурной смены;

1.5.12. контролирует соблюдение санитарно-противоэпидемического режима;

1.5.13. контролирует организацию диетического питания больных, присутствовать на закладке продуктов на пищеблоке;

1.5.14. Обеспечивает исполнение Директивы Президента Республики Беларусь №1 от 11.03.04 года «О мерах по укреплению общественной безопасности и дисциплины» и контролировать соблюдение техники безопасности, охраны труда, противопожарной безопасности;

1.5.15. контролирует соблюдение всеми сотрудниками и пациентами правил внутреннего трудового распорядка, технической эксплуатации приборов и оборудования;

1.5.16. контролирует соблюдение законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан в организации здравоохранения;

1.5.17. контролирует работу по выявлению суицидальной настроенности пациентов и принимать необходимые меры по предотвращению суицидов;

1.5.18. контролирует экономное использование энерго-, тепло и водных ресурсов, кислородной станции обо всех случаях неисправности в работе энерго-, тепло- и водного хозяйства незамедлительно информировать заместителя главного врача по хозяйственной части, организовать мероприятия по их устранению;

1.5.19. Немедленно доводит до сведения главного врача информацию обо всех чрезвычайных происшествиях в организации здравоохранения и принятых мерах по их устранению.

1.6. Ответственный дежурный несет ответственность в соответствии с трудовым законодательством и заключенным трудовым договором (контрактом):

Примечание: * - данное положения приведено, как пример, и является наиболее полным перечнем обязанностей ответственного дежурного. При составлении положения об ответственном дежурном организации здравоохранения оно может быть использовано полностью или частично.

Приложение 8
к Положению о разноуровневой
системе перинатальной помощи и
порядке ее функционирования в
Республике Беларусь

Показания для перевода новорожденных в отделения анестезиологии и реанимации и для вызова выездной реанимационно-консультативной неонатальной (педиатрической) бригады

1. Асфиксия при рождении, оценка по шкале Апгар 5 баллов и менее через 5 минут.
2. Родовые травмы, приступы судорог, церебральная недостаточность.
3. Острая дыхательная недостаточность (синдром дыхательных расстройств, аспирация, пневмонии и т.д.), все состояния требующие применения ИВЛ.
4. Острая сердечная недостаточность (в том числе нарушения сердечного ритма, нетипированные врожденные пороки развития и т.п.).
5. Острая почечная недостаточность.
6. Патологическая гипербилирубинемия (изоиммунологическая несовместимость «зона фототерапии»), гемолитическая болезнь новорожденных.
7. Острый анемический синдром ($Ht < 40\%$, $Hb < 130$ г/л).
8. Геморрагический (в т.ч. ДВС) синдром.
9. Симптоматика шока.
10. Септические состояния, характерные признаки генерализации инфекции.
11. Ребенок от матери с сахарным диабетом.
12. Экстренные хирургические состояния в период новорожденности (первое подозрение на врожденную аномалию развития, хирургическую патологию).
13. Недоношенные с массой тела менее 2000 г, новорожденные с гипотрофией 2-3 степени.
14. Ситуации трудные для диагностики – «неясный ребенок».
15. Врожденные эндокринные и наследственные заболевания.

Определяющее значение при постановке на учет и вызову бригады имеет тяжесть состояния, обусловленная проявлением какого-либо, или нескольких из вышеперечисленных патологических синдромов, либо недостаточность функции любой из систем организма, требующая медикаментозной (или другой) поддержки, а также прогноз возможного ухудшения состояния новорожденного.

УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
облисполкома
06.12.2017 №1063

ПОРЯДОК

госпитализации в стационары
г. Гродно беременных женщин,
рожениц и гинекологических
пациентов

	Показания к госпитализации	Закрепленные поликлиники и другие ЦРБ	Вид госпитализации, часы суток	
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»	Беременные женщины и роженицы после 22 недель	ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно»		Круглосуточно
	Роженицы после 22 недель	УЗ «Щучинская ЦРБ»		
	Беременные женщины с признаками ИЦН (по данным УЗИ), кровотечения в сроках беременности 20-34 недели	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)		
	Беременные женщины и роженицы на III уровень перинатальной помощи	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области		
	Прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны плода, в том числе до 12 недель беременности	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области	9.00-17.00	
Прерывание беременности по немедицинским показаниям	По решению областной комиссии по прерыванию беременности	9.00-17.00		

	Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии неинфекционной	ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ЦРБ области	9.00-17.00	
	Оперативное и консервативное лечение урогинекологической патологии	ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно»	9.00-17.00	
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»	Эндоскопические операции в соответствии с приказом управления здравоохранения от 20.10.2016 №960 «О создании областного эндоскопического гинекологического центра»	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области, поликлиника «Азот»	9.00-17.00	
	Оперативные и консервативные виды лечения гинекологической патологии неинфекционной этиологии	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), поликлиника «Азот»	9.00-17.00	
	Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии; патологии беременности в сроке до 12 недель	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), поликлиника «Азот»		Согласно графику дежурств
	Артифициальные аборты	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)	9.00-17.00	

	Оперативные и консервативные виды лечения гинекологической патологии неинфекционной этиологии в сочетании с экстрагенитальной в состоянии субкомпенсации или декомпенсации (при высоком риске анестезиологического пособия, после подготовки к операции в условиях соматического стационара)	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), поликлиника «Азот», УЗ «Свислочская ЦРБ», УЗ «Берестовицкая ЦРБ», УЗ «Мостовская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Дятловская ЦРБ», УЗ «Зельвенская ЦРБ», УЗ «Щучинская ЦРБ»	9.00-17.00	
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»	Беременность до 22 недель, за исключением беременных женщин с признаками ИЦН (по данным УЗИ), кровотечения с 20 до 22 недель	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)	9.00-17.00	Круглосуточно
	Беременные женщины после 22 недель (за исключением беременных женщин с признаками ИЦН (по данным УЗИ), кровотечения в сроках 22-34 недели), роженицы с 34 недель беременности	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)	9.00-17.00	Круглосуточно
	Беременные женщины с уронефрологической, траматологической, неврологической, хирургической (с 36 недель беременности) патологиями	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия) ЦРБ области	9.00-17.00	Круглосуточно
	Прерывание беременности по медицинским и немедицинским показаниям со стороны матери	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)	9.00-17.00	

Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии, беременности в сроке до 12 недель	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), поликлиника «Азот»		Согласно графику дежурств
Оперативное и консервативное лечение инфекционной этиологии гинекологической патологии и патологии послеродового периода	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области, поликлиника «Азот»	9.00-17.00	Круглосуточно
Оперативные (в том числе и эндоскопические) и консервативные виды лечения гинекологической патологии инфекционной этиологии	ГУЗ «ГЦГП»	9.00-17.00	
Оперативные и консервативные виды урологической патологии	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области, поликлиника «Азот»	9.00-17.00	
Оперативное и консервативное лечение гинекологической патологии в детском и подростковом периодах	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия)	9.00-17.00	Круглосуточно
Оперативное лечение патологии шейки матки	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области	9.00-17.00	Круглосуточно

	Оперативные и консервативные виды лечения гинекологической патологии неинфекционной этиологии в сочетании с экстрагенитальной в состоянии субкомпенсации или декомпенсации (при высоком риске анестезиологического пособия, после подготовки к операции в условиях соматического стационара)	ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Вороновская ЦРБ», УЗ «Новогрудская ЦРБ», УЗ «Кореличская ЦРБ», УЗ Ивьевская ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Сморгонская ЦРБ»	9.00-17.00	
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»	Оперативное лечение предраковых заболеваний шейки матки	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно»,	9.00-17.00	
	Оперативное лечение злокачественных новообразований репродуктивных органов	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно»	9.00-17.00	
	Гинекологические заболевания с высоким риском возникновения злокачественных образований: Быстрорастущие опухоли матки больших размеров, опухоли яичников с повышенными маркерами (СА 125, НЕ, РЭА, ХГЧ, АФП, ЛДГ) либо опухоли придатков тканевым компонентом при отсутствии возможности интраоперационной экспресс-биопсии в стационаре по месту жительства, метроррагия или патология эндометрия у женщин из группы высокого риска по развитию рака (метаболический синдром, сахарный диабет, артериальная гипертензия и др.	ЦРБ области	9.00-17.00	

Профильные стационары	При отсутствии акушерской патологии обследование и лечение беременных рожениц и родильниц с экстрагенитальной патологией согласно приказу Минздрава от 31.01.2007 №59 «О порядке госпитализации женщин с экстрагенитальной патологией во время беременности и в послеродовом периоде в соматические и хирургические стационары»	ГУЗ «ГП № 1 г. Гродно», ГУЗ «ГЦГП», ГУЗ «ГП № 3 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 4 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 5 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 6 г. Гродно», ГУЗ «ГП № 7 г. Гродно» (с момента открытия), ЦРБ области	9.00-17.00	Круглосуточно
ПЕРЕЧЕНЬ				

УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
облисполкома
06.12.2017 №1063

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских показаний для
госпитализации гинекологических
пациентов, беременных женщин в
организации здравоохранения
первого уровня оказания
перинатальной помощи

1. Акушерство:

привычное невынашивание (недонашивание) любого, в т.ч.
смешанного генеза в сроках до 22 недель беременности;

начинающиеся (начавшиеся) преждевременные роды (кроме
случаев, подлежащих лечению на третьем уровне оказания перинатальной
помощи) при наличии условий для выхаживания новорожденных с 32
недель в УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Слонимская
ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»; с 34-36 недель беременности в УЗ «ГКБ
СМП г. Гродно»;

гестоз 2-й степени тяжести;

хроническая ФПН компенсированная и субкомпенсированная форма
(по данным доплерометрии нарушение фетоплацентарного кровотока 1-2
ст., гипотрофия плода 2 и более степени по данным УЗИ, признаки
умеренной гипоксии плода по КТГ); многоплодная беременность
(двойней); паритет родов 4 и более; анатомически узкий таз (2 и более
степени); многоводие или маловодие; юные и возрастные первородящие;

травмы родовых путей в детстве или накануне беременности,
врожденных аномалий развития половых органов;

травмы костей таза, разрывы шейки матки и промежности 3 ст. в
анамнезе;

наличие в анамнезе септических осложнений после родов и
прерываний предыдущих беременностей;

неполное предлежание плаценты после 32 недель;

наличие экстрагенитальной патологии без выраженного нарушения
функции органов;

гестационный сахарный диабет класса А 1 и А 2 (при
компенсированном состоянии женщины);

заболевания щитовидной железы без нарушения ее функции;

артериальная гипертензия 1-2 степени, нейро-циркуляторная дистония;

отягощенный акушерский анамнез: преэклампсия в анамнезе, гипо- и атонические маточные кровотечения в анамнезе; гестоз тяжелой степени в анамнезе; 2 операции кесарева сечения в анамнезе; неразвивающаяся беременность в анамнезе; фетоинфантильные потери в анамнезе; 2 и более хирургических вмешательств на органах малого таза; аномалии родовой деятельности при предыдущих родах;

тазовое предлежание плода, косое, поперечное положения плода;

антенатальная гибель плода при настоящей беременности;

сочетание фибромиомы матки с беременностью при многочисленных миоматозных узлах, без нарушения питания узлов, создании узлами препятствия для рождения плода;

перенашивание беременности (42 недели и более), крупный плод (4000 г и более);

одноплодная беременность после ЭКО (исключение пациентки, имеющие сочетанные показания для направления на III уровень).

2. Гинекология:

неразвивающаяся беременность позднего срока; начавшиеся выкидыши позднего срока с излитием околоплодных вод и неподготовленными родовыми путями;

все виды оперативных вмешательств при наличии неосложненной (сочетанной) экстрагенитальной патологии без высокого риска анестезиологического пособия;

прерывания беременности позднего срока по решению ПВКК и врачебно-контрольных комиссий ЦРБ;

беременные с объемными образованиями придатков для оперативного лечения;

внематочная беременность;

эндоскопические и полостные операции первого уровня и субтотальная гистерэктомия, при отсутствии технических возможностей на первом уровне.

Неонатология:

уход за здоровыми новорожденными детьми; первичная реанимация в родильном зале;

выхаживание новорожденных детей с нарушениями адаптационного периода;

выхаживание новорожденных маловесных детей с хорошим сосательным рефлексом;

выхаживание новорожденных детей, перенесших асфиксию легкой и средней тяжести и имеющих постреанимационные осложнения (судороги,

угнетение сознания, нарушения гемодинамики, дыхания, мочевыделения и пищеварения);

выхаживание недоношенных новорожденных детей в сроке гестации от 32 недель в УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ Слонимская ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»; от 34 недель беременности в УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»;

выхаживание новорожденных детей с патологической желтухой; выхаживание новорожденных детей, нуждающихся в длительной кислородной терапии и респираторной поддержке;

новорожденные детей с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 после проведения консультации специалистов 3 уровня и наличии условий для оказания всего объема медицинской помощи, и отсутствии показаний для перевода на 3-4 уровень.

Экстренная помощь:

экстренное кесарево сечение;

применение вакуум-экстрактора или наложение акушерских щипцов; преждевременные и патологические роды (не подлежащие для родоразрешения на втором уровне) в рамках неотложной акушерской помощи;

оказание другой необходимой неотложной акушерской помощи; с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 для стабилизации состояния беременной женщины, роженицы, родильницы, ее интенсивной терапии и подготовки к транспортировке в стационар более высокого уровня;

оказание неотложной помощи новорожденному ребенку с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 для стабилизации состояния и подготовки при необходимости к транспортировке в стационар более высокого уровня.

УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
облисполкома
06.12.2017 №1063

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских показаний для
госпитализации гинекологических
больных, беременных женщин в
организации здравоохранения
второго уровня оказания
перинатальной помощи

1. Акушерство:

привычное невынашивание (недонашивание) любого, в т.ч.
смешанного генеза в сроках до 22 недель беременности;

начинающиеся (начавшиеся) преждевременные роды (кроме
случаев, подлежащих лечению на третьем уровне оказания перинатальной
помощи) при наличии условий для выхаживания новорожденных с 32
недель в УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Слонимская
ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»; с 34-36 недель беременности в УЗ «ГКБ
СМП г. Гродно»; гестоз 2-й степени тяжести;

хроническая ФПН компенсированная и субкомпенсированная форма
(по данным доплерометрии нарушение фетоплацентарного кровотока 1-2
ст., гипотрофия плода 2 и более степени по данным УЗИ, признаки
умеренной гипоксии плода по КТГ); многоплодная беременность
(двойней); паритет родов 4 и более; анатомически узкий таз (2 и более
степени); многоводие или маловодие; юные и возрастные первородящие;

травмы родовых путей в детстве или накануне беременности,
врожденных аномалий развития половых органов;

травмы костей таза, разрывы шейки матки и промежности 3 ст. в
анамнезе;

наличие в анамнезе септических осложнений после родов и
прерываний предыдущих беременностей;

неполное предлежание плаценты после 32 недель; наличие
экстрагенитальной патологии без выраженного нарушения функции
органов;

гестационный сахарный диабет класса А 1 и А 2 (при
компенсированном состоянии женщины);

заболевания щитовидной железы без нарушения ее функции;
артериальная гипертензия 1-2 степени, нейроциркуляторная дистония;

отягощенный акушерский анамнез: преэклампсия в анамнезе, гипо- и атонические маточные кровотечения в анамнезе; гестоз тяжелой степени в анамнезе; 2 операции кесарева сечения в анамнезе; неразвивающаяся беременность в анамнезе; фетоинфантильные потери в анамнезе; 2 и более хирургических вмешательств на органах малого таза; аномалии родовой деятельности при предыдущих родах;

тазовое предлежание плода, косое, поперечное положения плода; антенатальная гибель плода при настоящей беременности; сочетание фибромиомы матки с беременностью при многочисленных миоматозных узлах, без нарушения питания узлов, создании узлами препятствия для рождения плода;

перенашивание беременности (42 недели и более), крупный плод (4000 г и более);

одноплодная беременность после ЭКО (исключение пациентки, имеющие сочетанные показания для направления на III уровень).

2. Гинекология:

неразвивающаяся беременность позднего срока; начавшиеся выкидыши позднего срока с излитием околоплодных вод и неподготовленными родовыми путями;

все виды оперативных вмешательств при наличии неосложненной (сочетанной) экстрагенитальной патологии без высокого риска анестезиологического пособия;

прерывания беременности позднего срока по решению ПВКК и врачебно-контрольных комиссий ЦРБ;

беременные с объемными образованиями придатков для оперативного лечения;

внематочная беременность;

эндоскопические и полостные операции первого уровня и субтотальная гистерэктомия, при отсутствии технических возможностей на первом уровне.

3. Неонатология:

уход за здоровыми новорожденными детьми;

первичная реанимация в родильном зале;

выхаживание новорожденных детей с нарушениями адаптационного периода;

выхаживание новорожденных маловесных детей с хорошим сосательным рефлексом;

выхаживание новорожденных детей, перенесших асфиксию легкой и средней тяжести и имеющих пострепарационные осложнения (судороги, угнетение сознания, нарушения гемодинамики, дыхания, мочеиспускания и пищеварения);

выхаживание недоношенных новорожденных детей в сроке гестации от 32 недель в УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»; от 34 недель беременности в УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»;

выхаживание новорожденных детей с патологической желтухой; выхаживание новорожденных детей, нуждающихся в длительной кислородной терапии и респираторной поддержке;

новорожденные детей с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 после проведения консультации специалистов 3 уровня и наличии условий для оказания всего объема медицинской помощи, и отсутствии показаний для перевода на 3-4 уровень.

4. Экстренная помощь:

экстренное кесарево сечение;

применение вакуум-экстрактора или наложение акушерских щипцов; преждевременные и патологические роды (не подлежащие для родоразрешения на втором уровне) в рамках неотложной акушерской помощи;

оказание другой необходимой неотложной акушерской помощи; с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 для стабилизации состояния беременной женщины, роженицы, родильницы, ее интенсивной терапии и подготовки к транспортировке в стационар более высокого уровня;

оказание неотложной помощи новорожденному ребенку с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52 для стабилизации состояния и подготовки при необходимости к транспортировке в стационар более высокого уровня.

УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
облисполкома
06.12.2017 №1063

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских показаний для
госпитализации гинекологических
пациентов, беременных женщин в
организации здравоохранения
третьего уровня оказания
перинатальной помощи

1. Акушерство:

привычное невынашивание в сроки 22-32 недели при риске развития
преждевременных родов;

повторный тяжёлый токсикоз первой половины беременности при
неблагоприятном исходе предыдущей беременности или неэффективном
лечении на I-II уровнях;

беременные женщины при наличии тяжелых экстрагенитальных
заболеваний для решения вопроса о целесообразности сохранения
беременности;

во втором и третьем триместрах беременности при направлении для
родоразрешения:

клинически достоверный прогноз развития преждевременных родов
без невынашивания в эти же сроки;

начинающиеся (начавшиеся) преждевременные роды при сроке
гестации менее 32 недель из УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ»,
УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ» и менее 34 недель
беременности из УЗ «ГКБ СМП г. Гродно»;

доказанная лабораторно изосенсибилизация по Rh-фактору; АВО-
системе; HLA-системе и др.;

отказ от прерывания беременности по медицинским показаниям, для
дополнительного обследования, коррекции лечения основного
заболевания, составления плана дальнейшего ведения беременности;

женщины с длительно текущим гестозом 2 степени, при
неэффективности лечения на II уровне и необходимости родоразрешения
до 32 недель беременности из УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Волковысская
ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Ошмянская ЦРБ»; до 34 недель
беременности в УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»;

беременные женщины с гестозом 3 степени, независимо от срока гестации, редкие формы гестозов (с учетом риска транспортировки);

хроническая ФПН суб и декомпенсированная форма (гипотрофия плода 2-3 ст., нарушение фетоплацентарного кровотока 2-3 ст.);

острое многоводие до 32 недель гестации;

многоплодная беременность после ЭКО (кроме случаев, подлежащих госпитализации на республиканский уровень);

три и более кесаревых сечений в анамнезе;

сочетание предстоящего кесарева сечения с выраженным спаечным процессом в брюшной полости или малом тазе;

сочетание предстоящего кесарева сечения с выраженным спаечным процессом в брюшной полости или малом тазе;

сочетание беременности с онкологическими заболеваниями независимо от срока для родоразрешения, перенесенное онкологическое заболевание и беременность;

досрочное прерывание беременности по медицинским показаниям;

многоплодные роды (3 и более плода);

при прогнозировании рождения больного ребенка, требующего оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с врожденными пороками развития, требующими хирургической коррекции;

сочетание беременности после 22 недель и новообразований яичников;

сочетание беременности и миомы матки больших размеров, миомы с нарушением трофики узлов, наличие образований, создающих препятствие для рождения плода;

полное предлежание плаценты при возможности транспортировки пациентки;

маточного кровотечения во время предыдущих родов с нарушением свертывающей системы крови;

паритет родов 5 и более;

при наличии тяжелой экстрагенитальной патологии в УЗ «ГОКПЦ» госпитализируются для родоразрешения пациентки со следующей патологией: заболевания крови, включая железодефицитные анемии 2-3 степени; заболевания легких с дыхательной недостаточностью 1-2 степени; заболевания печени без выраженного нарушения функции; заболевания почек с нарушением функции (1-2 стадия ХБП); заболевания эндокринной системы с выраженным нарушением функции, включая сахарный диабет класс А, В, С (в том числе и гестационный сахарный диабет) в стадии компенсации; заболевания сердечно-сосудистой системы без нарушения сердечного ритма, проводимости при отсутствии

признаков нарушения кровообращения и легочной гипертензии; артериальные гипертензии 2, 3 стадия риск 3;

в УЗ «ГОКБ» госпитализируются для родоразрешения пациентки, подлежащие госпитализации на 4 уровень оказания перинатальной помощи, при невозможности их перевода в РНПЦ «Мать и дитя» по объективным причинам, со следующей экстрагенитальной патологией: заболевания крови (включая тромбоцитопении тяжелой степени, не железodefицитные анемии тяжелой степени); заболевания легких с дыхательной недостаточностью 2-3 степени; заболевания почек с выраженными нарушениями функции (3 и выше стадия ХБП); заболевания печени с выраженными нарушениями функции; заболевания эндокринной системы с выраженным нарушением функции в стадии суб- и декомпенсации, включая сахарный диабет класс В, С (в том числе и гестационный сахарный диабет); заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения 1 ст. и легочной гипертензии 1 ст. без нарушения сердечного ритма, проводимости (при угрозе развития декомпенсации в родах); ВПС 2, 2-3 степень материнского кардиоваскулярного риска (по ВОЗ); артериальные гипертензии 3 стадия риск 3,4.

2. Гинекология:

прерывание беременностей позднего срока, в том числе по генетическим показаниям после консультации в РНПЦ «Мать и дитя», по решению ЦВКК;

доброкачественные опухоли гигантских размеров;

спаечные процессы 3-4 степени, повторное оперативное вмешательство;

бесплодие;

внематочная беременность;

оперативное лечение, требующее оказания высокотехнологического вида помощи;

оперативное лечение гинекологической патологии не инфекционной этиологии в сочетании с тяжелой экстрагенитальной патологией (заболевания крови, включая анемии 2-3 степени; заболевания печени, почек с выраженным нарушением функции; заболевания лёгких с дыхательной недостаточностью 2-3 степени; заболевания сердечнососудистой системы) при высоком риске анестезиологического пособия (после обследования и подготовки к операции в условиях соматического стационара) в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно», УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно».

3. Неонатология:

первичная реанимация в родильном зале;

оказание всего спектра медицинской помощи новорожденному ребенку:

с физиологическим и патологическим течением периода адаптации; родившемуся в сроке гестации беременности менее 32 недель и/или массой тела ниже 1500,0;

требующему специальной или длительной респираторной поддержки;

с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52.

4. Весь спектр экстренной медицинской помощи беременной женщины, родильнице, роженице и новорожденному ребенку (в т.ч. с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5, 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52.

УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
облисполкома
06.12.2017 №1063

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских показаний для госпитализации гинекологических пациентов, беременных женщин в организации здравоохранения четвертого уровня оказания перинатальной помощи

1. Акушерство:

тяжелые экстрагенитальные заболевания при беременности: заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тиреотоксикоз; сахарный диабет субкомпенсированное и декомпенсированное состояние; сердечно-сосудистые заболевания с нарушением сердечного ритма, проводимости и кровообращения, ВПС IIa ст. и выше (или при угрозе развития декомпенсации в родах и высоком риске фетоинфантильных И материнских потерь); тяжелая неврологическая патология;

системные заболевания соединительной ткани; болезни крови, почек, гепато-билиарной, костно-суставной системы и других органов при беременности с выраженным нарушением функции органов; привычное невынашивание беременности;

сенсibilизация по резус-фактору, АВО-системе и другие формы иммунной сенсibilизации до или после 18 недель беременности и другие состояния плода (в том числе фето-фетальный трансфузионный синдром) для проведения фетоскопических оперативных вмешательств (внутриматочная хирургическая коррекция антенатальной патологии с использованием фетоскопической техники);

беременные женщины с экстрагенитальными злокачественными новообразованиями, раком шейки матки, яичников, в том числе после проведенного комбинированного, органосохраняющего лечения; сочетание беременности и новообразований матки и (или) яичников беременность и антифосфолипидный синдром, врожденные и приобретенные тромбофилии;

синдром задержки развития плода 2-3 степени;

тяжелые поздние гестозы беременных, атипичные формы позднего гестоза (HELLP-синдром; острый жировой гепатоз беременных) с учетом риска транспортировки;

сепсис или подозрение на него;
острый и подострый тромбофлебит, илеофemorальный тромбоз у беременных;
свищи любой локализации;
анемии беременных 3 степени тяжести;
предстоящие (вероятные) преждевременные роды в сроке гестации 22-32 недели, в том числе с тяжелой экстрагенитальной патологией;
беременность после ЭКО, осложненная синдромом гиперстимуляции яичников 2-3 степени.

2. Гинекология:

гинекологические заболевания у женщин репродуктивного возраста с тяжелой патологией системы кровообращения, почек и мочевыводящих путей, эндокринной системы для консервативного и оперативного лечения;

при сочетании гинекологической патологии с экстрагенитальной в состоянии субкомпенсации или декомпенсации (по жизненным показаниям) при высоком риске анестезиологического пособия после обследования и подготовки к операции в условиях соматического стационара;

гинекологические заболевания у девочек от 0 до 18 лет (исключая онкологическую патологию);

бесплодие (сочетанные формы);

прерывание беременности по генетическим показаниям в сроках до 21 недели; прерывание беременности по медицинским, и социальным показаниям при тяжелой экстрагенитальной патологии.

3. Неонатология:

первичная реанимация в родильном зале;

оказание всего спектра медицинской помощи новорожденному ребенку:

с физиологическим и патологическим течением периода адаптации;

родившемуся в сроке гестации беременности менее 32 недель и/или массой тела ниже 1500,0;

требующему специальной или длительной респираторной поддержки;

с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 № 52.

4. Весь спектр экстренной медицинской помощи беременной, родильнице, роженице и новорожденному ребенку (в т.ч. с состояниями и заболеваниями, указанными в Приложении 5, 8 приказа Минздрава от 23.01.2010 №52).