МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ (МИНЗДРАВ ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ)

ПРИКАЗ

06.04.2026 г. № 65-ОД

Геническ

Об организации медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в государственных бюджетных учреждениях Херсонской области

В соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2025 № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», руководствуясь Положением о Министерстве здравоохранения Херсонской области, утвержденного Указом Губернатора Херсонской области от 20.07.2023 № 48-у «Об образовании Министерства здравоохранения Херсонской области», в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в Херсонской области, учитывая временное отсутствие на территории лечебных учреждений II и III уровней оказания медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов согласно приложению № 1 к настоящему Приказу;

1.2. Схему маршрутизации женщин в период беременности и родов на стационарное лечение в Государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Херсонской области (далее – ГБУЗ ХО), согласно приложению № 2 к настоящему Приказу;

1.3. Показания для перевода беременных, рожениц в специализированные медицинские центры других регионов Российской Федерации согласно приложению № 3 к настоящему Приказу;

1.4. Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период, согласно приложению № 4 к настоящему Приказу;

2. Руководителям ГБУЗ ХО, подведомственных Министерству здравоохранения Херсонской области:

2.1. Организовать оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период в соответствии с настоящим Приказом;

2.2. Организовать работу «ургентных родильных залов», обеспечив взаимодействие с бригадами машин скорой помощи при родах, начавшихся вне лечебных учреждений;

2.3 Обеспечить информирование населения о мероприятиях по организации оказания медицинской помощи женщинам Херсонской области в период беременности, родов и в послеродовый период в соответствии с настоящим Приказом.

3. Главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Херсонской области Ю.М. Остапчуку обеспечить:

3.1. Организационно-методическую работу в рамках реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2025 № 747н.;

3.2. Практическую помощь руководителям ГБУЗ ХО по организации работы «ургентных родильных залов».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на исполняющего обязанности заместителя министра Демедюк О.И.

Министр Е.Л. Борчанинова

Документ подписан электронной подписью

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 5453F949C6C7BB34991A75854AA22E1D
Владелец: Борчанинова Елена Леонидовна
Действителен с 03-02-2025 до 29-04-2026

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 06.04.2026 № 65-ОД

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов

I. Общие положения.

1.Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности (далее – Мероприятия) регулируют оказание медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)».

2. Действие Мероприятий распространяется на Государственные бюджетные учреждения здравоохранения Херсонской области, оказывающие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)» и (или) «акушерскому делу».

4. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

5. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами).

6. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в случае возникновения осложнений течения беременности или послеродового периода обеспечивается консультация врача акушера-гинеколога и (или) врача специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н).

7. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами акушер-гинекологами. Первичная специализированная медико-санитарная помощь несовершеннолетним с гинекологическими заболеваниями оказывается врачами акушер-гинекологами, прошедшими

повышение квалификации по специальности «акушерство-гинекология» по вопросам формирования репродуктивной системы и течения заболеваний (состояний) женских половых органов и молочных желез у детей.

8. Первичная медико-санитарная помощь, включая проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе диспансеризации населения репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста, либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность, оказывается акушером (акушеркой), фельдшером, врачом общей практики (семейным врачом).

9. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами акушер-гинекологами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с Положением «Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов» осуществляется на основании маршрутизации, согласно приложению № 2, с учетом возникновения осложнений периода беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

II. Оказание медицинской помощи в период беременности.

1. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

1.1. Врачом акушером-гинекологом не менее пяти раз за весь период беременности;

1.2. Врачом-терапевтом (врачом-педиатром у несовершеннолетних) - не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

1.3. Врачом-стоматологом не менее двух раз (первый осмотр не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

1.4. Врачом-офтальмологом не менее одного раза (не позднее 14 рабочих дней после первого обращения);

1.5. Другими врачами-специалистами по медицинским показаниям, после выявления сопутствующих заболеваний (состояний) – не позднее 14 рабочих дней после выявления сопутствующих заболеваний (состояний).

1.6. Врачом-генетиком при наличии показаний (отягощенный семейный анамнез по врожденной и наследственной патологии, отягощенный акушерский анамнез, возраст женщины старше 35 лет, воздействие неблагоприятных факторов в период предшествующий зачатию и в эмбриональном периоде (острые инфекционные заболевания, прием лекарственных препаратов, профессиональные вредности, тяжелые экстрагенитальные заболевания), позитивный биохимический скрининг, наличие ультразвуковых маркеров патологии плода, выявленные врожденные пороки развития у плода). Беременные направляются в медицинские учреждения Республики Крым: Перинатальный Центр ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», город

Симферополь, ул. Семашко, д. 8. Направление Форма №057/у-04 выдается врачом акушер-гинекологом.

2. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протокол лечения), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Стационарная медицинская помощь женщинам в период беременности осуществляется в родильных отделениях ГБУЗ «Геническая центральная районная больница» и ГБУЗ «Скадовская центральная районная больница».

4. Пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития плода подлежат все беременные женщины, проживающие в Херсонской области, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности.

При сроках беременности 11 недель 0 дней —13 недель 6 дней, 18 недель 0 дней — 20 недель 6 дней и 34 недели 0 дней – 35 недель 6 дней беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, пороков развития плода, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, преждевременных родов, преэклампсии и задержки роста плода.

5. При постановке беременной женщины на диспансерный учет с ней проводится разъяснительная беседа о необходимости проведения данного вида обследования в указанные сроки беременности и определяется дата его проведения.

6. На первом этапе при сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется для проведения ультразвукового исследования (далее - УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в первом триместре (диагностике нарушений развития плода), и забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св.β-ед. ХГЧ).

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, при сроке беременности 11—14 недель беременной женщине выполняется измерение роста, веса, артериального давления, ультразвуковое допплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11—14 недель беременности согласно приложению № 7 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее - Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 1130н) и выдаются на руки пациентке.

Проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. р-ед. ХГЧ). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и УЗИ посредством программного обеспечения осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется лечащему врачу в медицинскую организацию по месту наблюдения беременной женщины в том числе для последующего внесения в учетную форму №111/у-20 и в учетную форму № 113/у-20, а также кабинет (отделение) антенатальной охраны плода, в котором проводилось скрининговое УЗИ I триместра.

В случае установления среднего риска (1:101 – 1:1000) и высокого (1:100 и выше) риска (за исключением случаев выявления признаков порока развития плода по результатам скринингового УЗИ I триместра) показано выполнение неинвазивного пренатального теста (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) – неинвазивного пренатального ДНК-скрининга (неинвазивный пренатальный тест) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций.

Беременная женщина с высоким риском (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии в течение 7 дней со дня получения лечащим врачом медицинской организации, в которой проводится наблюдение за течением беременности, заключения по результатам расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями направляется на консультацию в отделение антенатальной охраны плода Перинатального центра ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко» (ул. Семашко д. 8), с целью реализации комплекса организационных и медицинских мероприятий по профилактике перинатальных осложнений.

Беременная женщина должна быть проконсультирована в акушерском дистанционном консультативном центре ФГБУ НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова в режиме ТМК для дальнейшего мониторинга течения беременности с целью профилактики выше указанных осложнений.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке проводится инвазивное обследование (амниоцентез, биопсия ворсин хориона в федеральных бюджетных учреждениях Министерства здравоохранения Российской Федерации). Проводится генетическая диагностика полученного материала и оформляется заключение врача-генетика.

Результаты генетического исследования (заключение врача-генетика) направляются в медицинскую организацию по месту наблюдения беременной женщины, выдаются на руки пациентке.

7. Оценка антенатального развития плода (пренатальный (дородовый) скрининг) на сроках беременности 18 недель 0 дней – 20 недель 6 дней (далее – пренатальный скрининг II триместра) проводится с целью выявления у плода врожденных и (или) наследственных заболеваний, признаков генетических нарушений, оценки риска хромосомных аномалий, пороков развития плода, преждевременных родов и задержки роста плода и включает в себя: ультразвуковое скрининговое исследование при сроке беременности 19-21 недели по оценке антенатального развития плода (каждого плода при многоплодной беременности) с целью выявления хромосомных аномалий. Пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (преэклампсии при многоплодной беременности); ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ – цервикометрия). Беременные женщины с высоким риском рождения ребенка с хромосомными аномалиями 1:100 и выше, выявленным при проведении пренатального скрининга
I триместра или по результатам неинвазивного пренатального теста, а также не прошедшие пренатальный скрининг I триместра, направляются в центр пренатальной диагностики ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» с целью проведения пренатального скрининга II триместра, ультразвуковой диагностики.

Результаты скринингового УЗИ II триместра отражаются в протоколе скринингового ультразвукового исследования женщин в сроке беременности 19-21 неделя, форма которого предусмотрена приложением № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.02.2020 г. № 1130н и выдаются беременной.

8. Пренатальный скрининг III триместра проводится с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода, неправильного положения плода и включает в себя: ультразвуковое исследование плода (плодов) в III триместре беременности (многоплодной беременности); ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока.

По итогам пренатального скрининга III триместра с учетом врачей-специалистов и решения перинатального консилиума лечащим врачом при сроке беременности 36-37 недель устанавливается полный клинический диагноз и определяется медицинская организация для планового родоразрешения. Лечащий врач информирует беременную о медицинской организации, в которой рекомендуется родоразрешение в соответствии с ее клиническим диагнозом, о возможности выбора медицинской организации в соответствии с частью 4 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сроке дородовой госпитализации с отметкой в учетной форме № 111/у – 20 и

учетной форме
№ 113/у-20.

9. В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП, выявления перинатальных осложнений при сопутствующей патологии у беременной женщины в любые сроки беременности, пациентка направляется на Перинатальный консилиум на базе ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко».

10. При наличии ПРП, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков развития плода с неблагоприятным прогнозом для жизни, хромосомных аномалиях, генетических нарушениях или пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объёма поражения, при отсутствии методов эффективного лечения, включенных в раздел «Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (далее – медицинские показания со стороны плода), беременной с учетом решения перинатального консилиума при участии медицинского психолога предоставляется информация о факторах риска для жизни и здоровья плода (ребенка) и самой беременной, обусловленные медицинскими показаниями со стороны плода, для последующего принятия беременной решения о сохранении беременности или искусственного прерывания беременности.

11. В случае принятия беременной решения об искусственном прерывании беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода при сроке беременности до 22 недель с учетом решения перинатального консилиума беременная направляется для искусственного прерывания беременности в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им.
Н.А. Семашко».

12. В случае принятия беременной решения о сохранении беременности при наличии медицинских показаний со стороны плода медицинская помощь в период беременности, родов и послеродовый период оказывается под контролем специалистов ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко».

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

1. Тактику наблюдения за течением беременности, объём обследования, медицинскую организацию для проведения лечения и родоразрешения, сроки родоразрешения в плановом порядке у беременных при наличии у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития определяет перинатальный консилиум ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко».

2. При наличии порока развития плода, сочетающегося с хромосомными аномалиями, и (или) генетическими нарушениями, или наличии множественных пороков развития плода, с целью определения прогноза для здоровья и жизни ребенка, проводится обследование, включающее (при необходимости) генетическое лабораторное исследование, эхокардиографию и магнитно-резонансную и (или) компьютерную томографию плода в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко». По результатам обследования проводится повторный перинатальный консилиум, в том числе с участием специалистов НМИЦ «АГП имени В.И. Кулакова» по профилю выявленных у плода хромосомных аномалий, врожденных и (или) наследственных заболеваний, генетических нарушений или пороков развития.

Если по заключению перинатального консилиума возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в федеральные клиники.

IV. Диспансерное наблюдение.

1. Диспансерное наблюдение женщин в период беременности осуществляется согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2025 № 747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» и клинических рекомендаций.

2. Основными критериями качества работы акушерско-гинекологических кабинетов являются:

Показатель ранней постановки на учет по беременности (до 12 недель);

Доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;

Показатель числа искусственных абортов на 1000 женщин фертильного возраста и на 100 детей, родившихся живыми;

Соблюдение клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи, с учетом критериев качества, предусмотренных клиническими рекомендациями;

Доля преждевременных родов в акушерском стационаре, от общего числа преждевременных родов;

Доля ВИЧ-инфицированных беременных, имеющих неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами;

Показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;

Отсутствие ВПР у плода, не выявленных во время беременности;

Разрыв матки вне стационара;

Несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней и высокой степени тяжести, обусловленной беременностью (госпитализация бригадой СМП);

Несвоевременное направление в стационар при переношенной беременности;

Доля женщин, охваченных скринингом на выявление злокачественных новообразований шейки матки и молочной железы;

Удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской помощью.

3. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

4. В период диспансерного наблюдения беременной женщины группы высокого риска, заведующая женской консультации (или уполномоченное лицо по контролю за работой акушерско-гинекологической службы, в медицинской организации) осуществляет осмотр пациентки в динамике с целью уточнения тактики ведения, определения медицинской организации и сроков планового родоразрешения.

5. Врачи акушерско-гинекологических кабинетов осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

6. Врачи-акушеры-гинекологи акушерско-гинекологических кабинетов осуществляют направление беременных женщин на родоразрешение в стационар в соответствии с приложениями № 2 и № 3 к настоящему приказу.

7. В случае выявления у беременной женщины тяжелой экстрагенитальной патологии, для решения вопроса о пролонгировании беременности у женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией, пациентка направляется на врачебную комиссию (далее — врачебная Комиссия) в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им Н.А.Семашко».

8. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Херсонской области, беременная женщина с тяжелой экстрагенитальной патологией, в т. ч. требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, после проведения ТМК по заключению консилиума врачей может направляется в федеральные государственные учреждения.

9. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.

10. Стационарная помощь женщинам в период беременности с экстрагенитальной патологией легкой и средней степени тяжести оказывается в ГБУЗ ХО «Геническая ЦРБ» и ГБУЗ ХО «Скадовская ЦРБ» при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом (ежедневно). При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар:

При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется в стационар медицинской организации по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

11. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более госпитализация женщины осуществляется в акушерские стационары Херсонской области с последующим решением вопроса о возможности

перевода в лечебное учреждение третьего уровня оказания медицинской помощи.

12. При сроке беременности 36-37 недель 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 медицинская организация планового родоразрешения (учитывая особенности работы акушерско-гинекологической службы области).

13. Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение.

14. Ответственность за соблюдение принципов маршрутизации возлагается на главных врачей медицинских организаций, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь женщине в период беременности, родов и после родов.

15. Перевод беременной женщины врачом акушером-гинекологом из одной медицинской организации в другую осуществляется после предварительного согласования администрации с Министерством здравоохранения Херсонской области и администрацией медицинской организации, в которую переводится пациент.

16. При принятии решения о транспортировке женщин в период беременности, родов, после родов, после прерывания беременности (аборта, выкидыша, внематочной беременности) из одной медицинской организации в другую (в том числе при отказе данной категории граждан от стационарного лечения) незамедлительно в круглосуточном режиме предоставляется информация главному внештатному специалисту по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Херсонской области.

V. Оказание медицинской помощи в период родов и в послеродовый период.

1. Госпитализация женщин в период родов осуществляется в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу.

2. В акушерских стационарах по месту госпитализации оказывается медицинская помощь женщинам в период беременности и родов при следующих состояниях: активная фаза родов и роды вне родильного дома (отделения); экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода. Направление беременных женщин (рожениц) в акушерские стационары осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

3. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды.

4. В процессе родов необходимо ведение партограммы.

5. В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

6. В родильном зале и/или индивидуальной родильной палате, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди (не позднее 1,5-2 часа) после рождения продолжительностью не менее 30 минут и поддержку грудного вскармливания.

7. В послеродовых и/или индивидуальных родильных палатах рекомендуется совместное пребывание родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку при наличии в учреждении соответствующих условий.

8. Рекомендуемое время пребывания родильницы в акушерском стационаре после физиологических родов — до 3 суток, при неосложненном течении послеоперационного периода, после кесарева сечения — до 4 суток.

Выписка родильницы из акушерского стационара осуществляется после проведения неонатального скрининга и проведения вакцинации БЦЖ новорожденному на третьи сутки. Врач акушер-гинеколог (акушерка, врач неонатолог) контролирует наличие информации о проведении флюорографии членов семьи новорожденного, при ее отсутствии выписка новорожденного не проводиться до получения информации о результатах обследования.

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

10. Перед выпиской родильницам после операции кесарево сечение и всех родов осуществляется проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

11. При выписке родильницы врачом акушер-гинекологом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2 лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности (индивидуальные рекомендации по контрацепции), профилактике тромбоэмболических осложнений.

12. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию (кабинет) по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

При этом учитывается соматический статус здоровья родильниц и особенности течения беременности и родов.

13. Выписной эпикриз направляется в кабинет врача акушера - гинеколога (талон № 2 обменной карты беременной, роженицы и родильницы), детскую поликлинику (талон № 3 обменной карты беременной, роженицы и родильницы), бумажный вариант выдается родильнице на руки для продолжения наблюдения за родильницей в послеродовом периоде и новорожденным по месту жительства.

14. При наличии экстрагенитального заболевания у родильницы врач женской консультации передает сведения смежным специалистам в

поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения.

15. В случае осложнений после родов необходимо своевременно решать вопрос о переводе родильницы в профильное отделение многопрофильного стационара после консультации профильного специалиста.

16. При назначении контрацепции особое внимание уделить женщинам группы социального риска (женщины одинокие, не состоящие в браке, вдовы, имеющие тяжелые хронические соматические заболевания, подростки, социально незащищенный контингент) и асоциального поведения для предупреждения нежелательной беременности.

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 06.04.2026 г. №65-ОД

Схема маршрутизации женщин в период беременности и родов в акушерские стационары

№	Критерии для определения этапности оказания медицинской помощи	Прикрепленная территория	Наименование медицинской организации на госпитализацию
1	Стационарная помощь женщинам в период беременности и родов группы низкого и среднего риска.	Генический МО, Новотроицкий МО, Ивановский МО, Нижнесерогозский МО, Верхнерогачикский МО Великолепетихский МО, Горностаевский МО.	ГБУЗ «Геническая центральная районная больница»
		Каховский МО, Алешковский МО, Голопристанский МО, Скадовский МО, Чаплинский МО, Каланчакский МО, Новокаховский ГО.	ГБУЗ «Скадовская центральная районная больница»
2	Стационарная помощь женщинам в период беременности и родов высокого риска (в сроке беременности 22 недели и более	Вся территория Херсонской области.	ГБУЗС «Городская больница№5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка» г. Севастополь, проспект Генерала Острякова, 211А
	Стационарная	Вся территория	ГБУЗ РК

	помощь в период беременности высокого риска (до 22 недель)	Херсонской области.	«Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Перинатальный центр (ул. Семашко, 8) Гинекологическое отделение (Московское шоссе. 12 километр, 1, г. Симферополь)

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 06.04.2026 г. №65-ОД

Показания для перевода беременных, рожениц с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией в специализированные медицинские центры Республики Крым.

Возраст беременной до 18 лет.

Преждевременные роды, при сроке беременности 22-34 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

Предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в 34-36 недель.

Задержка роста плода II-III степени.

Изоиммунизация при беременности (Rh-конфликт).

Многоводие, маловодие.

Поперечное, косое расположение плода.

Наличие двух и более рубцов на матке после операций.

Преэклампсия тяжелой степени при сроке беременности до 37 нед.

Многоплодная беременность.

Наличие у плода врожденной патологии, требующей хирургической коррекции.

Родоразрешение при беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Холестаз, гепатоз беременных.

Антенатальная гибель плода у беременных женщин группы высокого риска.

Прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы и родильницы при отсутствии противопоказаний для эвакуации.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений и с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия).

Тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности.

Заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности, компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности).

Диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром.

Заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, острый пиелонефрит, гидронефроз, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефроэктомии.

Заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени).

Заболевания желудочно-кишечного тракта (субкомпенсация): хронический гастрит, дуоденит, колит.

Эндокринные заболевания: сахарный диабет любой степени компенсации, гестационный сахарный диабет; заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация), хроническая надпочечниковая недостаточность.

Заболевания органов зрения: миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома.

Заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов).

Миастения.

Сосудистые мальформации, аневризмы сосудов.

Перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, в том числе с неврологическими расстройствами таза, травмы таза.

* При наличии злокачественных новообразований в анамнезе либо выявленных при настоящей беременности вне зависимости от локализации, пациентка направляется в ГБУЗ РК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер им. В.М. Ефетова».

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Херсонской области
от 06.04.2026 г. №65-ОД

Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период

Оказание медицинской помощи женщинам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

Необходимо обеспечить совместное ведение пациентки врачом акушером-гинекологом и врачом-инфекционистом с реализацией следующих мероприятий:

Разработка плана ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

Отражение в медицинской документации женщины (индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы, обменная карта беременной, роженицы и родильницы, медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях) эпидемиологического номера в регионе пребывания), схемы антиретровирусной терапии (далее — АРВТ), принимаемой во время беременности, данных лабораторного и клинического мониторинга, рекомендаций по схемам предотвращения перинатальной передачи ВИЧ в родах, послеродовом и раннем неонатальном периодах;

Проведение работы по формированию приверженности у беременной женщины к наблюдению и АРВТ;

Контроль за приемом антиретровирусных лекарственных препаратов;

При отказе женщины от одного или всех этапов предотвращения перинатальной передачи ВИЧ постановка в известность руководителя медицинской организации.

Максимально возможный отказ от инвазивных манипуляций, повышающих риск инфицирования плода; своевременный лабораторный мониторинг за эффективностью и безопасностью АРВТ в соответствии с планом ведения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией, и утвержденными стандартами оказания медицинской помощи;

Подготовка беременной женщины к родоразрешению;

Взаимодействие с акушерским стационаром по вопросам продолжения АРВТ и родоразрешения беременной женщины, больной ВИЧ-инфекцией;

Контроль за своевременным поступлением беременной женщины с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар.

Врач-акушер-гинеколог акушерско-гинекологического кабинета в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в

«Кабинет по работе с больными ВИЧ-инфекцией» по месту жительства. В медицинской карте пациента размещает информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) АРВТ.

В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог акушерско-гинекологического кабинета в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных врачом инфекционистом «Кабинета по работе с больными ВИЧ-инфекцией». Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» для принятия соответствующих мер.

При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или при отсутствии результатов скрининга на ВИЧ в 3-м триместре беременности, а также при наличии высокого риска заражения ВИЧ независимо от количества исследований во время беременности, рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ после получения информированного добровольного согласия на медицинское , с обязательным параллельным исследованием той же порции крови классическими методами (ИФА, иммунный блок).

Обследование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (применении антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

Проведение антиретровирусной профилактики у женщины в период родов осуществляет врач акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с рекомендациями и стандартами по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется по возможности ограничить проведение акушерских пособий, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов, вакуумэкстракция плода.

При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов.

Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается лечащим врачом-акушером-гинекологом, на основе клинических рекомендаций, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ методом ИФА с помощью вакуумных систем для забора крови. Кровь направляется в лабораторию ГБУЗ ХО «Геническая ЦРБ» и ГБУЗ ХО «Скадовская ЦРБ».

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ-инфекцией по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации. В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение о грудном вскармливании, рекомендуется провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене. При желании женщины сохранить грудное вскармливание ребенка рекомендуется продолжить прием АРВТ матери на весь период сохраняющегося риска передачи ВИЧ от матери ребенку. При наличии грудного вскармливания рекомендуется применение антиретровирусных препаратов у ребенка.

Данные о ребенке, рожденном матерью с ВИЧ-инфекцией, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указываются в медицинской документации матери и ребенка и передаются в «Кабинет по работе с больными ВИЧ-инфекцией» и в детскую поликлинику и/или участковому педиатру по месту жительства.