



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

30. 03. 2021

№ 606-п

г. Екатеринбург

**О совершенствовании порядка проведения пренатальной (дородовой)
диагностики нарушений развития ребенка на территории
Свердловской области**

С целью дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи беременным Свердловской области, во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1) двухуровневую модель проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области (далее – двухуровневая модель) (приложение № 1);
 - 2) маршрутизацию беременных Свердловской области для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области (приложение № 2);
 - 3) форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11–14 недель беременности (приложение № 3);
 - 4) форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19–21 неделю беременности (приложение № 4);
 - 5) правила измерения пульсационного индекса в маточных артериях (ПИ Ма) (приложение № 5);
 - 6) правила забора и транспортировки крови при обследовании беременных на сывороточные маркеры (связанный с беременностью плазменный протеин А, свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина и плацентарный фактор роста) (приложение № 6);
 - 7) форму приложения к направлению на пренатальный биохимический скрининг I триместра беременности (дополнительные сведения к единой форме направления, выдаваемого медицинскими организациями Свердловской области) (приложение № 7);
 - 8) правила измерения среднего артериального давления (приложение № 8);
 - 9) протокол консультирования беременной группы высокого риска по развитию ранней преэклампсии по результатам комплексного обследования в I триместре беременности в условиях ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» (приложение № 9);

- 10) положение о перинатальном консилиуме (приложение № 10);
- 11) порядок верификации пороков развития плода (приложение № 11);
- 12) форму направления на патологоанатомическую верификацию пороков развития плодов до 22 недель гестации (приложение № 12);
- 13) положение о мониторинге мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка (приложение № 13);
- 14) форму отчёта о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка для кабинетов антенатальной охраны плода (приложение № 14).

2. Главным врачам медицинских организаций Свердловской области, оказывающих медицинскую помощь беременным, обеспечить проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области в соответствии с двухуровневой моделью, утвержденной настоящим приказом, согласно приложениям № 1–14 к настоящему приказу.

3. Рекомендовать начальнику ФГБУЗ ЦМСЧ № 31 ФМБА России А.Ю. Морозову обеспечить проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области в соответствии с приложениями № 1–14 к настоящему приказу.

4. Главному врачу ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» Е.Б. Николаевой обеспечить:

- 1) проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в соответствии с приложениями № 1–14 к настоящему приказу;
- 2) расширение объема исследования, входящего в биохимический анализ крови, до плацентарного фактора роста (PlGF) в рамках проведения скрининга на преэклампсию.

5. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.05.2019 № 1058-п «О порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области» (Официальный интернет-портал правовой информации Свердловской области (www.pravo.gov66.ru, 2019, 11 июня, № 21678) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.08.2019 № 1563-п, признать утратившим силу.

6. Настоящий приказ направить для официального опубликования на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.gov66.ru) в течение десяти дней с момента подписания.

7. Копию настоящего приказа направить в прокуратуру Свердловской области и Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области в течение семи дней после дня первого официального опубликования.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр



А.А. Карлов

Приложение № 1 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 30.03.2021 № 606-н

Двухуровневая модель проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области

Первый уровень (межмуниципальные кабинеты антенатальной охраны плода (далее – КАОП))	
Номер КАОП	Наименование КАОП
№ 1	ГАУЗ СО «ОДКБ»
№ 2	ГБУЗ СО «ЦГБ № 7»
№ 3	ГБУЗ СО «ЕКПЦ»
№ 5	ГАУЗ СО «ГКБ № 14»
№ 7	ГБУЗ СО «ЦГБ № 2»
№8	ГАУЗ СО «Демидовская ГБ»
№ 9	ФГБУЗ ЦМСЧ № 31 ФМБА России, г. Новоуральск
№ 10	ГАУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский»
№ 11	ГАУЗ СО «Городская больница г. Асбест»
№ 12	ГАУЗ СО «ГБ г. Первоуральск»
№ 13	ГАУЗ СО «Ирбитская ЦГБ»
№ 14	ГАУЗ СО «Красноурьинская ГБ»
№ 15	ГАУЗ СО «Серовская ГБ»
№ 16	ГАУЗ СО «Алапаевская ГБ»
<p>Правила организации деятельности кабинета (отделения) антенатальной охраны плода, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт его оснащения определены приложениями № 4-6 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.</p>	

Второй уровень – государственное бюджетное учреждения здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка» (далее – ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»).

Приложение № 2 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 30.03.2021 № 606-н.

Маршрутизация беременных Свердловской области для проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области

	Показания		
	I триместр беременности	II триместр беременности	III триместр беременности
Второй уровень (ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»)	1. Беременные в возрасте 35 лет и старше 2. Беременные, имеющие перинатальные потери детей с пороками развития, наследственные заболевания, хромосомную патологию 3. Беременные, имеющие пороки развития, наследственные заболевания, хромосомную патологию в семье 4. Беременные, имеющие пороки развития 5. Многоплодная беременность 6. Сахарный диабет I и II типа (кроме гестационного), кроме жительниц Екатеринбурга 7. Заболевания щитовидной железы при беременности (гипотиреоз, тиреотоксикоз), кроме жительниц Екатеринбурга 8. Беременные с акушерским анамнезом, отягощенным привычным невынашиванием, в т.ч. имеющие две и более замершей беременности, кроме жительниц Екатеринбурга 9. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий 10. Беременные с ПРП, установленными в ходе скринингового ультразвукового исследования I триместра в КАОП	1. Беременные, имевшие показания для проведения комплекса пренатальной диагностики I триместра, но поздно вставшие на учет, направляются на консультацию в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» в сроке 19-21 неделя 2. Беременные со значимыми ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий, выявленными в ходе скринингового ультразвукового исследования во II триместре в КАОП: 2.1. гипоплазия носовой кости (4,5 мм и менее) 2.2. преназальный отек (5,0 мм и более) 2.3. увеличение шейной складки (6,0 мм и более) 3. Беременные с ПРП, выявленными в ходе	-

	<p>11. Беременные с ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий, выявленными в ходе скринингового ультразвукового исследования I триместра в КАОП:</p> <p>11.1. - увеличение толщины воротникового пространства 3,0 мм и более</p> <p>11.2. - отсутствие визуализации носовой кости</p>	<p>скринингового ультразвукового исследования II триместра в КАОП, территориальной женской консультации.</p>	
<p>Беременные с ПРП плода, выявленными в ходе ультразвукового исследования в любом сроке беременности как в амбулаторных, так и в стационарных условиях</p>			
<p>КАОП</p>	<p>Прочие беременные в соответствии с прикреплением В г. Екатеринбурге – беременные с сахарным диабетом I и II типа (кроме гестационного), заболеваниями щитовидной железы при беременности (гипотиреоз, тиреотоксикоз), с акушерским анамнезом, отягощенным привычным невынашиванием, в т.ч. имеющие две и более замершие беременности в КАОП ГБУЗ СО «ЕКПЦ»</p>	<p>Прочие беременные в соответствии с прикреплением</p>	<p>Прочие беременные в соответствии с прикреплением, в том числе в рамках однодневного стационара</p>

При сроках беременности 11–14 недель (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм) беременным женщинам проводится оценка антенатального развития плода с целью выявления задержки роста плода, риска преждевременных родов, риска преэклампсии, хромосомных аномалий (далее – ХА) и пороков развития плода (далее – ПРП). При сроках беременности и 19–21 и 30–34 недели проводится оценка антенатального развития плода с помощью ультразвукового исследования.

На первом этапе при сроке беременности 11–14 недель (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм) беременная женщина направляется в КАОП для проведения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) врачами-специалистами, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), и имеющими допуск (сертификат FMF), забора образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров (ассоциированного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (Free hCG β) и плацентарного фактора роста (PlGF)) с последующей логистической доставкой крови в соответствии с правилами забора и транспортировки крови при обследовании беременных на сывороточные маркеры (связанный с беременностью плазменный протеин А, свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина и плацентарный фактор роста), утвержденными настоящим приказом, в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

В целях определения риска задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии, при сроке беременности 11–14 недель (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм) беременной женщине в условиях КАОП выполняется измерение роста, веса, среднего артериального давления в соответствии с правилами измерения среднего артериального давления, утвержденными настоящим приказом, ультразвуковое доплеровское исследование маточных артерий с определением пульсационного индекса, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия.

Результаты УЗИ оформляются по форме протокола скринингового УЗИ женщин в 11–14 недель беременности (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм) согласно форме протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11–14 недель беременности (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм), утвержденной настоящим приказом, и выдаются на руки пациентке.

Образец крови с талоном-направлением на исследование сывороточных маркеров у женщины в 11–14 недель беременности (при показателе копчико-теменного размера 45–84 мм) с данными УЗИ для расчета рисков хромосомных аномалий, задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии, оформленным согласно форме приложения к направлению на пренатальный биохимический скрининг I триместра беременности (дополнительные сведения к единой форме направления, выдаваемого медицинскими организациями Свердловской области), утвержденной настоящим приказом, доставляются в ГБУЗ СО «КДЦ» ОЗМР», где проводится биохимический анализ крови на уровень материнских сывороточных маркеров (ассоциированного с беременностью

плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (Free hCG β) и плацентарного фактора роста (PIGF)). На основании результатов анализа материнских сывороточных маркеров и информации талона-направления посредством программного обеспечения «Астрайя» осуществляется комплексный расчет индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов и преэклампсии.

Заключение по результатам расчета индивидуального риска направляется в КАОП и размещается в Автоматизированной системе «Региональный акушерский мониторинг2 (далее – АС «РАМ»).

В ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» проводится скрининг на определение риска развития преэклампсии, задержки роста плода, преждевременных родов в режиме «Клиника одного дня» в рамках комплекса пренатальной диагностики I триместра с расчётом рисков в программе «Астрайя» консультантами врачами акушерами-гинекологами, ведущими прием, с выдачей заключения в этот же день, консультированием беременных женщин по результатам обследования в соответствии с протоколом консультирования беременной группы высокого риска по развитию ранней преэклампсии по результатам комплексного обследования в I-м триместре беременности в условиях ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», утвержденным настоящим приказом, и назначением профилактических доз аспирина (150 мг с 12 недель по 36 неделю в ежедневном режиме на ночь), с оформлением добровольного согласия пациентки и определением дальнейшей тактики ведения беременности согласно клиническим рекомендациям и маршрутизации беременных.

Результаты УЗИ 19-21 неделю беременности оформляются по форме протокола ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности, утвержденной настоящим приказом, и выдаются на руки пациентке.

Показания для активного направления в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» беременных женщин, прошедших ранний пренатальный скрининг в КАОП:

1. Высокий риск трисомии по хромосоме 21,18,13 (риск $\leq 1:100$).
2. Пограничный риск трисомии по хромосоме 21,18,13 (риск от 1:101 до 1:250).
3. Повышение свободной бета-хорионического гонадотропина выше 4 МоМ в образцах крови, поступивших лабораторию пренатального скрининга из КАОП.
4. Снижение связанного с беременностью плазменного протеина А ниже 0,25 МоМ в образцах крови, поступивших в лабораторию пренатального скрининга из КАОП.
5. Несоответствие ультразвукового изображения плода критериям FMF, требующее проведения экспертного УЗИ и перерасчета риска из КАОП.

В случае установления высокого риска (1/100 и выше) задержки роста плода, преждевременных родов и преэклампсии определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется лечащим врачом акушером-гинекологом женской консультации на основе клинических рекомендаций. беременные женщины Свердловской области, за исключением жительниц города Екатеринбурга – в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» Беременные женщины города

Екатеринбурга должны быть проконсультированы в ГБУЗ СО «ЕКПЦ» в режиме телемедицинской консультации (далее – ТМК),. Последующее динамическое наблюдение течения беременности данной категории женщин с целью профилактики осложнений для жительниц города Екатеринбурга проводится в акушерском дистанционном консультативном центре ГБУЗ СО «ЕКПЦ», для жительниц Свердловской области, за исключением жительниц города Екатеринбурга – в акушерском дистанционном консультативном центре в ГАУЗ «ОДКБ».

В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска по наличию ХА и/или ПРП по результатам скрининга при сроках беременности 11–14 недель, она приглашается по активному вызову в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», где осуществляется комплексный расчет индивидуального риска, уточнение диагноза, посредством повторного УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ.

В случае подтверждения высокого риска ХА и/или ПРП ассоциированных с ХА, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (аспирация/биопсия ворсин хориона) в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска ХА и/или при ПРП, ассоциированных с ХА, в сроке 19-21 неделя беременности, пациентке рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).

По результатам генетического исследования проводится медико-генетическое консультирование врачом-генетиком ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» очно или в режиме ТМК. Протокол консультирования или ТМК размещается в АС «РАМ» или выдается на руки пациентке.

В случае подтверждения диагноза ХА и/или ПРП проводится перинатальный консилиум для определения дальнейшей тактики ведения беременности. Протокол перинатального консилиума размещается в АС «РАМ» и выдается на руки пациентке.

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-п.

Форма

Протокол скринингового ультразвукового исследования женщин в 11–14 недель беременности

Название медицинской организации, адрес ее местонахождения	
Номер исследования	Дата исследования
ФИО беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности _____ нед _____ дней
Вид исследования - трансабдоминальный/транвагинальный (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) _____	
Хориальность/ амниальность при многоплодии (указать) _____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) _____ (указать) отсутствует (подчеркнуть)	
Фетометрия (мм), соответствует сроку беременности:	
Копчико-теменной размер (КТР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Бипариетальный диаметр (БПР) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Окружность головы (ОГ) _____ мм, соответствует _____ нед _____ дней	
Другие фетометрические показатели (по показаниям) _____	
Толщина воротникового пространства (ТВП) _____ мм	
Оценка дополнительных УЗ-маркеров ХА ¹	
Носовая кость (НК): визуализируется, не визуализируется, не удалось оценить (подчеркнуть)	
Трикуспидальная регургитация: да, нет (подчеркнуть)	
Пульсационный индекс в венозном протоке (ПИ) (указать) _____	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ² , не удалось оценить)	
Голова: - череп - срединные структуры - сосудистые сплетения	Живот: - желудок - кишечник - передняя брюшная стенка - мочевого пузыря

¹ Оценка не является обязательной.

² При выявлении изменений требуется подробное описание.

Лицо: - глазницы ¹ - профиль	Позвоночник:
Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез	Конечности: - правая и левая рука (включая кисти) - правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) обнаружено (описать):	
Особенности строения плода: (указать)	
<p>Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть), др. (указать) _____</p> <p>Пуповина: количество сосудов (указать¹) _____</p> <p>Место прикрепления к плаценте: центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть (подчеркнуть)</p> <p>Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения²)</p>	
<p>Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм) ПИ в маточных артериях _____ слева _____ справа</p>	
<p>Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть) / затруднена в связи с (указать причину): _____</p>	
<p>Заключение:</p>	
<p>Беременность _____ нед _____ дней</p>	
<p>Рекомендации:</p>	
<p>ФИО врача ультразвуковой диагностики:</p>	

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-п.

Форма

Протокол скринингового ультразвукового исследования женщин в 19–21 неделю беременности

Номер исследования	Дата исследования
ФИО беременной	Возраст беременной
Первый день последней менструации	Срок беременности ____ нед ____ дней
Срок беременности по скрининговому УЗИ в 1 триместре ____ нед ____ дней (при несоответствии гестационному сроку)	
Вид исследования (трансабдоминальный/трансвагинальный) (подчеркнуть)	
Количество плодов (указать) ____	
Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд./мин.) ____ ритмичное, отсутствует (подчеркнуть), другое (указать) ____	
Фетометрия (оценить в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении)	
Бипариетальный размер (БПР) ____ мм ()	Окружность живота (ОЖ) ____ мм ()
Окружность головы (ОГ) ____ мм ()	Длина бедра (ДБ) ____ мм ()
Длина других костей ¹	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть)	
Предполагаемая масса плода ____ грамм (указать процентиль для данного срока ____)	
Анатомия (указать: норма, выявлены изменения ² , не удалось оценить)	
<p>Голова: - кости свода черепа - полость прозрачной перегородки - срединные структуры</p> <p>- задние рога боковых желудочков: справа ____ мм; слева ____ мм</p> <p>- мозжечок ____ мм, (указать процентиль для данного срока ____)</p> <p>- большая цистерна ____ мм</p>	<p>Расположение внутренних органов (подчеркнуть) Нормальное (situs solitus), Зеркальное (situs inversus), Неопределенное (situs ambiguous)</p> <p>Сердце: - ось - позиция - размеры - 4-х камерный срез - срез через 3 сосуда и трахею - левый выносящий тракт³ - правый выносящий тракт³</p>
<p>Лицо: - губы - профиль - глазницы - нос, ноздри</p>	<p>Брюшная полость -желудок - кишечник - почки - мочевого пузыря - область пупочного кольца</p>
Шея:	Конечности:
Позвоночник:	- правая и левая рука (включая кисти)
дная клетка:	

¹ Оценка проводится по показаниям

² При выявлении изменений требуется подробное описание

³ Оценка проводится по показаниям

		- правая и левая нога (включая стопы)
Врожденные пороки развития плода: Не обнаружено (подчеркнуть) Обнаружено (описать):		
Особенности строения плода: наличие эхо-маркеров ХА (подчеркнуть)		
укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать)		
Плацинта:		
- расположение: передняя, задняя, дно матки (подчеркнуть)		
- структура: норма, выявлены изменения (указать) _____).		
- положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на _____ мм, доходит, перекрывает область внутреннего зева)		
Кесарево сечение в анамнезе: да, нет (подчеркнуть)		
Если да, перекрывает ли плацента область послеоперационного рубца: да, нет (подчеркнуть)		
Количество вод (подчеркнуть: норма, маловодие, многоводие), при изменении количества вод: ИАЖ _____ мм, либо МВК _____ мм		
Область придатков, стенки матки (подчеркнуть: норма, выявлены изменения ³)		
Шейка матки (цервикометрия) _____ (мм)	Количество сосудов пуповины (указать): _____	
	Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть	
Визуализация: - удовлетворительная (подчеркнуть), - затруднена в связи с _____ (указать)		
Заключение: Беременность _____ нед. _____ дней		
Рекомендации:		
ФИО врача УЗД:		

Настоящая форма протокола УЗИ может быть использована для внескрининговых сроков 2 триместра и 3 триместра.

При многоплодной беременности значения показателей оформляются дробью:

значение показателей верхнего плода

значение показателей нижнего плода

Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-н

Правила измерения пульсационного индекса в маточных артериях (ПИ Ма)

Для исследования резистентности маточных артерий в контексте скрининга на ПЭ используется пульсационный индекс.

При неосложненных беременностях показатели ПИ Ма низкие. При беременностях с нарушенной плацентацией и высоким риском развития ПЭ на ранних сроках ПИ Ма повышен.

Пульсационный индекс (PI) = (максимальная систолическая скорость – минимальная диастолическая скорость)/средняя скорость)

Методика доплеровского исследования маточных артерий:

Доплеровская оценка кровотока в маточных артериях может проводиться при трансабдоминальном или трансвагинальном ультразвуковом исследовании.

При проведении трансабдоминального ультразвукового сканирования должен быть получен сагиттальный срез матки, визуализированы цервикальный канал и внутренний зев. Следует изменять наклон датчика с одной стороны на другую и при помощи цветового доплеровского картирования идентифицировать каждую маточную артерию вдоль боковой поверхности шейки и матки на уровне внутреннего зева.

Перед проведением трансвагинального ультразвукового сканирования беременным необходимо опорожнить мочевой пузырь; пациентка должна находиться в дорсальной литотомической позиции. Трансвагинальный ультразвуковой датчик следует поворачивать в направлении левого и правого латеральных сводов матки. Маточные артерии визуализируются при цветовом доплеровском картировании на уровне внутреннего зева.

После нахождения каждой маточной артерии следует установить контрольное окно импульсно-волнового доплера на отметке 2 мм для перекрытия всего сосуда.

Необходимо принимать во внимание угол инсонации – он должен быть менее 30°. Важно, чтобы максимальная систолическая скорость составляла более 60 см/сек, что необходимо для дифференциации маточных артерий от аркуатных.

После получения трех идентичных кривых скоростей кровотока необходимо измерить средние показатели ПИ левой и правой маточных артерий.

Приложение № 6 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-п.

**Правила
забора и транспортировки крови при обследовании беременных
на сывороточные маркеры (связанный с беременностью плазменный протеин
А, свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина и плацентарный
фактор роста)**

В день проведения экспертного ультразвукового исследования в сроке беременности 11÷13+6 недель (при показателе КТР 45-84 мм) женщине проводят забор крови в межмуниципальном кабинете антенатальной охраны плода (КАОП).

Взятие венозной крови проводят натощак или через 3 часа после приема пищи. Желательно исключить факторы, влияющие на результаты исследований: физическое и эмоциональное напряжение, курение (за 1 час до исследования). Рекомендуется за 1–2 дня до предполагаемого исследования не употреблять жирную пищу и алкоголь. При заборе крови необходимо соблюдать технику, предупреждающую повреждение эритроцитов, способных вызвать гемолиз. Гемолитическая и липемическая сыворотки являются источником ошибок анализа.

Кровь берут в одноразовую пробирку – контейнер объемом 5–8 мл с активатором свертывания и разделительным гелем без применения антикоагулянтов. Каждому образцу крови присваивают уникальный штрих-код, под номером которого в системе «Астрайя» содержится вся информация по данному исследованию. Лаборатория пренатального скрининга ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» выдает 2 штрих-кода с одинаковым номером на каждый образец крови: один – для маркировки талона-направления, второй – для маркировки одноразовой пробирки с кровью.

После забора крови аккуратно (не встряхивая) переворачивают пробирку для полного смешения крови с реагентами и центрифугируют не ранее чем через 30 минут и не позднее 2 часов после взятия крови **в соответствии с инструкцией производителя**. Кровь должна быть доставлена в лабораторию в максимально короткий срок после забора. Допускается хранение пробирок с кровью в холодильнике при температуре +2°-+8°С не более 2-3 суток **в соответствии с инструкцией производителя**. При комнатной температуре кровь хранят не более 6 часов. Замораживание цельной крови недопустимо.

Образцы крови доставляют в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» в термоконтейнере с хладоэлементом при соблюдении температурного режима (+2-+8°С). Запрещается транспортировать пробирки с гелем без предварительного центрифугирования, так как резкие движения могут вызвать разрушения геля и попадание его частиц в пробу, что приведет к ошибочным результатам анализа!

Образцы крови принимают в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» с 8 до 14 часов в любой день, кроме субботы и воскресенья, в праздничные дни – по специальному графику. Исследование образцов крови проводят в течение 3 рабочих дней со дня доставки.

Форма

**Приложение к направлению на пренатальный биохимический скрининг I триместра
 беременности
 (дополнительные сведения к единой форме направления, выдаваемого медицинскими
 организациями Свердловской области)**

Анамнез:

Расовая принадлежность: Белая, Восточная Азия, Южная Азия, Негроидная раса (выбрать необходимое).
 Наличие хромосомных аномалий у ребенка/плода при предыдущих беременностях:
 Синдром Дауна в анамнезе (трисомия 21), Синдром Эдвардса в анамнезе (трисомия 18), Синдром Патау в анамнезе (трисомия 13), Другой (выбрать необходимое).
 Кол-во беременностей (включая текущую): _____ Количество родов: _____
 Преждевременные роды в сроке 16-30 недель: _____ Роды в сроке 31-36 недель: _____
 Роды после 37 недель: _____
 Дата последних родов (при сроке беременности ≥ 24 нед): _____
 Срок беременности на момент родов при последней беременности ≥ 24 нед: _____
 Курение при настоящей беременности: нет, да, прекратила во время беременности (выбрать необходимое).
 Сахарный диабет: нет, тип 1, тип 2, гестационный диабет (выбрать необходимое).
 Хроническая гипертензия: нет, да (выбрать необходимое).
 Системная красная волчанка: нет, да (выбрать необходимое).
 Антифосфолипидный синдром: нет, да (выбрать необходимое).
 Преэклампсия при предыдущей беременности (для повторнородящих): нет, да (выбрать необходимое).
 Преэклампсия в семейном анамнезе: нет, у матери, у сестры, у матери и у сестры (выбрать необходимое).
 Гипотрофия у новорожденного при предыдущей беременности: нет, да (выбрать необходимое).

Зачатие:

- естественное;
- стимуляция овуляции без ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение);
- инсеминация спермой мужа;
- инсеминация спермой донора;
- ЭКО: собственная яйцеклетка, замороженная яйцеклетка, донорская яйцеклетка:
 дата забора/заморозки яйцеклетки _____ дата переноса эмбриона _____
 дата рождения донора _____ или возраст на момент забора яйцеклетки _____
- инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки:
 дата забора/заморозки яйцеклетки _____ дата переноса эмбриона _____
 дата рождения донора _____ или возраст на момент забора яйцеклетки _____

Установление срока беременности:

Дата ПДПМ: _____ Срок беременности по ПДПМ: _____
 Дата УЗИ: _____ Срок беременности по КТР: _____

Ультразвуковое исследование:

Количество плодов _____

Двойня: дихориальная, монохориальная диамниотическая, монохориальная моноамниотическая.

Плод 1

Копчико-теменной размер (КТР): _____
 Толщина воротникового пространства (ТВП): _____
 ЧСС: _____
 Кость носа: _____

Маточная артерия ПИ: слева _____ справа _____

Длина цервикального канала: _____ мм

Комментарии (другие эхо-маркеры ХА, ВПР): _____

Артериальное давление:

Левая рука (2 измерения): ___/___; ___/___ мм рт ст

Правая рука (2 измерения): ___/___; ___/___ мм рт ст

Вес: _____ Дата взвешивания: _____ Рост: _____

Дата и время взятия крови: _____ Лабораторный № _____

ФИО и подпись специалиста КАОП, проводившего взятие крови: _____

ФИО и подпись врача, выдавшего направление: _____

Плод 2

Копчико-теменной размер (КТР): _____
 Толщина воротникового пространства (ТВП): _____
 ЧСС: _____
 Кость носа: _____

Приложение № 8 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-н.

Правила измерения среднего артериального давления (далее – САД)

Требования к специалистам, участвующим в выполнении услуги:

Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальности: Сестринское дело, Лечебное дело, Акушерское дело и специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего профессионального образовательного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология. Специалисты допускаются к выполнению услуги после проведения тренинга.

Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала: До и после проведения исследования провести гигиеническую обработку рук.

Материальные ресурсы:

- два одинаковых электронных тонометра для измерения артериального давления (далее АД), прошедшие ежегодную поверку средств измерений.
- стул (при измерении АД сидя)
- стол.

Характеристика методики выполнения

Измерение должно проводиться **строго одновременно на обеих руках**, в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5–10 мин.

За один час до измерения АД пациентке следует исключить прием пищи, курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

Подготовка к процедуре:

- проверить исправность приборов для измерения АД в соответствии с инструкцией по его применению;
- определить размеры манжет в соответствии с размерами предплечья пациента. Стандартные (22–32 см) или большие (33–42 см) манжеты должны быть использованы в зависимости от окружности плеча пациента. Если манжета слишком большая, может произойти недооценка показателей САД, если слишком маленькая САД может быть переоценено;
- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- провести гигиеническую обработку рук, осушить;
- придать пациенту удобное положение, сидя с опорой на спинку стула, с исключением скрещивания ног (скрещенное положение ног может увеличивать показатели САД).

Выполнение процедуры:

- Освободить руки пациента от одежды, обеспечить положение рук ладонями вверх, на уровне сердца. Руки пациента должны находиться в положении максимального разгибания, мышцы расслаблены.
- Наложить манжеты приборов на плечи пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца, а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.
- АД измеряют на обеих руках одновременно, если оно разное, то ориентируются на более высокие уровни.

Кратность измерений

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут.

Если первые два измерения АД отличаются между собой не более, чем на 5 мм рт.ст., измерения прекращают и за уровень АД принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт.ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента.

Если же отмечается разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД)

Окончание процедуры

- Сообщить пациенту и врачу результаты измерения АД.
- Снять манжеты с плеч пациента.
- Обработать манжеты антисептическими или дезинфицирующим средством.
- провести гигиеническую обработку рук, осушить.
- Записать результаты в медицинскую документацию.
- Внести результаты измерения САД в соответствующий раздел программы Astraia.

**Протокол
консультирования беременной группы высокого риска по развитию ранней
преэклампсии по результатам комплексного обследования
в I-м триместре беременности в условиях КДЦ «ОЗМР»**

Почему проводят скрининговую диагностику преэклампсии?

Преэклампсия - опасное для здоровья и жизни женщины и ребенка осложнение беременности. В развитии этого осложнения ключевое значение имеют нарушение процессов формирования плаценты, нарушение кровотока в сосудах плаценты.

Процессы эти закладываются в плаценте в сроках до 16 недель, а осложнения в виде повышения артериального давления, нарушения работы почек, головного мозга, печени женщины и, как результат, - внутриутробное страдание плода, мы отмечаем после 22 недель беременности.

Раннее развитие преэклампсии встречается в 1 случае на 200 беременностей.

Раннее развитие преэклампсии является одной из наиболее частых причин преждевременных родов.

В 89 % случаев раннее начало преэклампсии можно отсрочить или предотвратить назначением аспирина на ранних сроках беременности у пациенток группы высокого риска.

Все беременные женщины подвержены риску преэклампсии и должны пройти скрининговую диагностику, в результате чего будет рассчитан индивидуальный риск по развитию преэклампсии.

Это позволяет нам уже в первом триместре, выявить около 90% женщин, у которых в сроках после 22 недель беременности может развиться преэклампсия.

В то же время, проведенный анализ не ставит диагноз, а говорит о риске развития преэклампсии, то есть носит вероятностный характер.

Для оценки степени риска по развитию ранней преэклампсии Вы прошли комплексное обследование, включающее правильный сбор анамнеза, одновременное измерение артериального давления на обеих руках, оценку уровня плацентарного фактора (PIGF) в сыворотке Вашей крови и доплерографию кровотока в маточных артериях. Расчет риска проводится в специальной программе, разработанной Международным обществом медицины плода, которая учитывает все результаты комплексного обследования.

Показатель Вашего риска 1:100 (и выше) свидетельствует, что Вы подвержены риску преэклампсии/задержки роста плода.

Дополнительно можно указать и обсудить, что у беременной имеются какие-либо из следующих факторов риска, значительно повышающих риск

преэклампсии:

- преэклампсия в анамнезе
- хроническая гипертензия
- сахарный диабет 1, 2 типа
- хронические заболевания почек
- аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром)

либо умеренно повышающих риск преэклампсии:

- первые роды
- ожирение (ИМТ >35 kg/m²)
- преэклампсия в семейном анамнезе (у матери или сестры)
- многоплодная беременность
- возраст >40 лет
- **интервал между беременностями более 10 лет**

В Вашем случае актуальна и очень значима ПРОФИЛАКТИКА этого грозного осложнения беременности.

Международное общество медицины плода, Всемирная организация здравоохранения в результате огромного количества исследований, пришли к выводу и настоятельно рекомендуют применение аспирина после 12 недель беременности, то есть со срока, когда происходит наиболее интенсивный рост плода и плаценты, происходит закладка сосудов плаценты.

Эффективность применения аспирина зависит от раннего и своевременного начала лечения (до 16 недель), дозы препарата (не менее 150 мг), соблюдения режима терапии (регулярный ежедневный прием аспирина на ночь), длительность применения – до 36 недель гестации.

В Российской Федерации разработан протокол профилактики преэклампсии, где рекомендуется назначение Аспирина в дозе 150 мг в сутки беременным в сроке от 12 до 36 недель беременности.

В соответствии с инструкцией препарата Ацетилсалициловой кислоты, в показаниях к применению Аспирина при беременности отсутствуют «профилактика преэклампсии», поэтому прием препарата возможен после подписания Информированного согласия.

Вы также имеете право отказаться от рекомендуемой терапии.

В случае низкого риска преэклампсии рекомендуется тщательное наблюдение беременной:

- регулярное измерение уровня артериального давления, веса,
- ОАМ,
- проведение оценки состояния плода и плаценты на каждом приеме у акушера-гинеколога.

Приложение № 10 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 30.03.2021 № 806-п.

Положение о перинатальном консилиуме

Перинатальный консилиум функционирует на базе ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР». Заседание консилиума проводится не менее двух раз в неделю в 14:00 часов. Участие специалистов в отдельных случаях осуществляется дистанционно с использованием современных средств передачи данных и телекоммуникаций. По желанию беременной женщины участие в консилиуме могут принимать ее законные представители, супруг/ партнер.

Работу перинатального консилиума организует председатель, а в его отсутствие заместитель председателя. Структура консилиума, его состав и функции могут быть изменены при появлении новых целей и задач.

В состав перинатального консилиума входят:

Председатель консилиума:	
Кузнецова Антонина Михайловна	– главный специалист отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области
Заместитель председателя консилиума:	
Николаева Елена Борисовна	– главный врач ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», главный внештатный специалист по пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Свердловской области
Шаманская Елена Феликсовна	– заведующая отделением пренатальной диагностики ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
Секретари консилиума:	
Чукина Людмила Владимировна	– заведующая отделением экспертизы качества оказания медицинской помощи ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
Кудряшова Анна Юрьевна	– врач акушер-гинеколог отделения пренатальной диагностики ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
Члены консилиума:	
Баранов Юрий Владимирович	– заместитель главного врача по хирургии ГАУЗ СО «ОДКБ»
Наумова Оксана Александровна	– врач детский хирург отделения хирургии новорожденных ГАУЗ СО «ОДКБ»

Скоробогатова Ольга Владимировна	– врач-кардиолог ГАУЗ СО «ОДКБ», главный детский внештатный кардиолог Министерства здравоохранения Свердловской области
Исхаков Магомед Магомедбегович	– врач ультразвуковой диагностики отделения пренатальной диагностики ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
Сумина Мария Геннадьевна	– заведующая отделением медико-генетического консультирования ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», врач-генетик
Овсова Ольга Викторовна	– врач-невролог ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
Юферова Людмила Герховна	– заместитель главного врача по лечебной работе ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Сукач Сергей Степанович	– травматолог-ортопед ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум»
Казанцев Константин Борисович	– заведующий отделением детской кардиохирургии ГАУЗ СО «СОКБ № 1»
Мешавкина Татьяна Федоровна	– психолог ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»

Перинатальный консилиум предоставляет беременной женщине всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода. На основании современных медицинских данных предоставляет сведения о прогнозе для жизни и здоровья плода до рождения и новорожденного, возможных методах лечения и связанных с ними рисках, а также возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах, их ближайших и отдаленных исходах.

При установлении перинатальным консилиумом наличия врожденных аномалий развития плода, несовместимых с жизнью, или наличия сочетанных аномалий развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни и здоровья, беременной женщине предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, и она информируется о медицинской организации, в которой такое может быть проведено.

Основание для прерывания беременности определяется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

При информированном добровольном отказе пациентки прервать беременность при наличии врожденных аномалий развития плода или иных сочетанных пороков, несовместимых с жизнью, предоставляется информация о плане ее дальнейшего ведения в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

Результатом проведения перинатального консилиума являются окончательный диагноз и заключение. Протокол перинатального консилиума подписывается всеми членами консилиума, утверждается подписью главного врача

ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» и заверяется ее печатью.

Беременной женщине предлагается ознакомиться с заключением перинатального консилиума поставить подпись об ознакомлении.

Протокол перинатального консилиума составляется в двух экземплярах (один остается в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», второй – выдается беременной женщине для предоставления заведующей территориальной женской консультацией по месту диспансерного наблюдения). На заведующую женской консультацией возлагается ответственность за своевременную госпитализацию пациентки в родильный дом или гинекологическое отделение.

Приложение № 11 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-п

Порядок верификации пороков развития плода

1. Порядок направления на прерывание беременности пациентов при выявлении у плодов пороков развития.

1) При выявлении пороков развития у плода (далее – ПРП) в ГБУЗ СО КДЦ «ОЗМР» проводится перинатальный консилиум и выдается протокол с рекомендациями.

2) При наличии рекомендации по прерыванию беременности по медицинским показаниям пациентка направляется к заведующей территориальной женской консультацией по месту наблюдения. Заведующая женской консультацией несет ответственность за своевременную госпитализацию пациентки в гинекологическое отделение для прерывания беременности или в родильный дом для родоразрешения. Из гинекологического отделения осуществляется доставка плодного материала после прерывания беременности для патологоанатомической верификации порока развития плода.

3) Из медицинских организаций Свердловской области плодный материал доставляется в ГАУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро» (далее – ГАУЗ СО «СОПАБ») по адресу: г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 185а, тел. (343) 286-56-98, контактное лицо: Крохалева Ярослава Михайловна (заведующая отделением детской патологии, и.о. заведующего экспертно-аналитическим отделом ГАУЗ СО «СОПАБ»). Из медицинских учреждений г. Екатеринбурга плодный материал доставляется на исследование в патологоанатомическое отделение ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница № 9 город Екатеринбург» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Решетская, д. 51/3, тел. (343) 323-05-93, контактное лицо: Вибе Аэлита Борисовна (заведующая отделением).

4) Абортусы с ПРП, диагностированными пренатально в сроке беременности до 22 недель и массой менее 500 г, подлежат обязательному вскрытию с оформлением протокола патологоанатомического исследования.

5) Доставка всех мертворожденных и трупов детей с пороками развития осуществляется с соблюдением правил транспортировки в ГАУЗ СО «СОПАБ», при отсутствии в медицинском учреждении по месту смерти или родоразрешения детского патологоанатома.

6) Верификация врожденных пороков сердца (далее – ВПС) во всех случаях осуществляется в ГАУЗ СО «СОПАБ».

2. Порядок доставки плодного материала в ГАУЗ СО «СОПАБ».

1) Трупы плодов направляются на патологоанатомическое исследование вместе с плацентой.

2) Абортусы и мертворожденные с выявленными пренатально пороками развития в сроке беременности до 22 недель доставляются в соответствии с правилами транспортировки плодного материала, не позднее 14 дней после прерывания беременности и со следующими сопровождающими документами:

направлением из гинекологического отделения, где производилось прерывание беременности (форма в приложении),

ксерокопией протокола перинатального консилиума,

ксерокопией протокола экспертного ультразвукового исследования ГБУЗ СО КДЦ «ОЗМР».

3) Плодный материал доставляется в посуде с широким горлышком в 10% растворе формалина.

4) Для верификации ПРП и плацента в результате прерывания беременности должны оставаться целыми (не должны быть фрагментированы).

5) Ответственность за соблюдение правил доставки несут заведующие гинекологическими отделениями, где производится прерывание беременности.

6) В случаях перинатальной смерти от ПРП, выявленных пренатально, трупы доставляются в ГАУЗ СО «СОПАБ» с сопровождающими документами: историей родов и историей болезни новорожденного, содержащей посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз.

3. Порядок выдачи результатов патологоанатомических заключений на плоды с пренатально выявленными пороками развития.

1) После проведения патологоанатомического исследования и заполнения протокола заключение выдается в двух экземплярах: один экземпляр выдается сотруднику ГБУЗ СО КДЦ «ОЗМР», второй – сотруднику медицинской организации, в которой проводилось прерывание беременности.

2) Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.09.1998 № 268 «О мониторинге врожденных пороков развития у детей» на территории Свердловской области на все случаи врожденных пороков развития обязательно заполняется извещение на ребенка с врожденными пороками развития (форма № 025-11/у-98), которое ежемесячно направляется в ГБУЗ СО КДЦ «ОЗМР».

Приложение № 12 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 30.03.2021 № 606-п.

Форма

Направление на патологоанатомическую верификацию пороков развития плодов до 22 недель гестации

Направляется плод и послед (ненужное зачеркнуть)
Наименование и адрес медицинской организации (место прерывания
беременности с указанием города)

ФИО и дата рождения матери

Место проживания матери во время беременности

Дата прерывания беременности

Метод прерывания беременности

Исходы предыдущих беременностей

Пол плода: мужской женский неопределенный неизвестен
Масса плода:

Рост плода:

Близнецовость: да нет

Диагноз (пренатальный):

Приложение:

1. копия протокола ультразвукового исследования плода ГБУЗ СО «КДЦ
«ОЗМР» с описанием выявленных ПРП;
2. копия протокола перинатального консилиума с рекомендациями.

Положение о мониторинге мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка

Мониторинг мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребёнка включает в себя:

1. Создание базы данных по мероприятиям раннего пренатального скрининга в регионе, в том числе для проведения внутреннего и внешнего мониторинга.

2. Ежедневный внутренний мониторинг работы врачей-экспертов ультразвуковой диагностики на основании контроля качества всех измерений. Внутренний мониторинг проводится в постоянном мониторинговом режиме. Внутренний мониторинг позволяет оперативно в текущем режиме управлять всеми мероприятиями пренатального скрининга, принимать административные и кадровые решения, направленные на повышение эффективности скрининговой программы в субъекте. Для проведения внутреннего мониторинга используются функциональные поля программного обеспечения скрининга, по которым отслеживается полнота и корректность ввода данных, включая охват беременных женщин скринингом и работу с группой риска хромосомных аномалий. При оценке качества проведенных пренатальных ультразвуковых исследований в целом и по каждому специалисту ультразвуковой диагностики экспертного уровня индивидуально учитываются данные за любой интересующий проверяющего период времени. Результаты ежемесячного мониторинга хранятся в письменном виде в документах ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» по экспертизе качества оказания медицинской помощи.

3. Регулярный внутрилабораторный контроль качества биохимического скрининга с оценкой медиан по каждому биохимическому маркеру в зависимости от срока гестации и материнского веса, а также влияния факторов анамнеза (этническая группа, курение, количество родов, вспомогательная репродукция). Корректировка медианы соответствующего маркера (при необходимости).

4. Формирование отчета в установленной форме в порядке внешнего независимого мониторинга, проводимого ежегодно Минздравом России с целью мониторингования мероприятий раннего пренатального скрининга в регионах. Составление и передача сведений по пренатальной диагностике осуществляется:

- 1) ежеквартально в Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- 2) ежеквартально в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;
- 3) ежемесячно в Министерство здравоохранения Свердловской области;
- 4) ежемесячно в ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница»;

5) ежемесячно на портал «Мониторинг деятельности медицинских учреждений» ГАУЗ СО «Медицинский информационно-аналитический центр».

Контроль за мониторингом деятельности врачей ультразвуковой диагностики ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» осуществляет заведующий отделением пренатальной диагностики. Мониторинг деятельности врачей ультразвуковой диагностики кабинетов антенатальной охраны плода осуществляют врачи ультразвуковой диагностики ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» – врачи-кураторы.

Обсуждение результатов мониторинга проводится ежемесячно в отделении пренатальной диагностики на экспертизе качества второго уровня и на видеоконференциях, посвященных проблемам реализации раннего пренатального скрининга на территории Свердловской области, с последующим информированием главных врачей медицинских организаций, участвующих в реализации мероприятий по пренатальной диагностике.

Приложение № 14 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 30.03.2021 № 606-п

Форма

**Отчет о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой)
 диагностике нарушений развития ребенка за _____ год
 в КАОП № _____**

№ п/п	Наименование мероприятия	Количество
1.	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации всего:	
	из них в сроке до 14 недель:	
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего:	
	в КАОП	
	в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»	
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего:	
	из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:	
	из-за отказа от обследования на экспертном уровне:	
	замершая беременность и самопроизвольный выкидыш	
	другие причины (указать):	
4.	Число беременных, попавших в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего:	
5.	Выявлено хромосомной патологии у плода при инвазивном обследовании беременных группы высокого индивидуального риска по хромосомной патологии у плода, направленных по результатам комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11-14 недель, всего:	
6.	Число родившихся детей с Синдромом Дауна (пофамильно)	
7.	Количество проведенных ультразвуковых исследований II триместра в сроке 18-21 нед. берем.	
8.	Количество проведенных ультразвуковых исследований III триместра в сроке 30-34 нед. берем.	
9.	Выявлено плодов с нарушениями развития (ПРП) всего (список прилагается):	
	из них направлены в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»	

10.	Число беременностей, прерванных по результатам комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11-14 недель, всего:	
	- по хромосомной патологии	
	- по нежизнеспособным ПРП	
	А) Прервано в сроке беременности до 14 недель, всего:	
	Б) Прервано в сроке беременности от 15 до 22 недель, всего:	
	В) Прервано в сроке беременности после 22 недель, всего:	
11.	ФИО врача ультразвуковой диагностики, осуществляющего скрининг I триместра	
	Наличие сертификата FMF (по ТВП и НК) и срок его действия на момент отчета	
12.	ФИО врача ультразвуковой диагностики, осуществляющего скрининг II триместра	

Руководитель КАОП
Дата

подпись

И.О. Фамилия

Список выявленных ПРП плода к п. 9 должен содержать:

1. ФИО и дата рождения беременной.
2. ПРП (точный диагноз по данным УЗИ).
3. Где наблюдается беременная (указать женскую консультацию).
4. Пролонгирование беременности (дата и место рождения).
5. Прерывание беременности (дата, место и метод прерывания).

Порядок приема отчета

Руководители КАОП формируют ежемесячно отчет в установленной форме и отправляют его в электронном виде на электронный адрес: svalovaozmr@mis66.ru не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Ежемесячная сдача отчетов проводится в формате видеоконференций с привлечением главных врачей медицинских организаций, руководителей КАОП, заведующих женскими консультациями по согласованию.

Одновременно рассматриваются вопросы по устранению выявленных нарушений и замечаний в КАОП.