



**Министерство  
здравоохранения Нижегородской области**

**П Р И К А З**

08.06.2021

315-459/21П/од

№ \_\_\_\_\_

г. Нижний Новгород

**О совершенствовании пренатальной  
(дородовой) диагностики в Нижегородской  
области**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"», приказом Минздрава России от 3 декабря 2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями), приказом Минздрава России от 30 декабря 1993 г. № 316 «О дальнейшем развитии медико-генетической службы министерства здравоохранения Российской Федерации», приказом Минздрава Российской Федерации от 28 декабря 2000 г. № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей», приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 917 «Об оказании медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» с целью совершенствования качества оказания медицинской помощи беременным женщинам с выявленными врожденными пороками развития плода, а также снижения репродуктивных потерь

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Положение о кабинете антенатальной охраны плода (Приложение 1);

1.2. Положение о специалисте кабинета антенатальной охраны плода; (Приложение 2);

1.3. Порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Нижегородской области (Приложение 3);

1.4. Форму стандартного талона - направление в 1 триместре беременности при сроке 11-14 недель в кабинет антенатальной охраны плода (Приложение 4);

1.5. Формы протоколов ультразвукового исследования ребенка (плода) в первом и втором триместре беременности (Приложение 5);

1.6. Перечень кабинетов антенатальной охраны плода (Приложение 6);

1.7. Рекомендуемые штатные нормативы для кабинета антенатальной охраны плода (Приложение 7).

1.8. Положение о деятельности пренатального консилиума при пренатально диагностированных нарушениях развития ребенка (Приложение 8);

1.9. Форму «Заключение областного пренатального консилиума беременных пациенток с врожденными пороками развития и пограничными состояниями плода» (Приложение 9).

1.10. Инструкцию по порядку направления пациенток на прерывание беременности в поздние сроки по медико-генетическим показаниям (Приложение 10);

1.11. Форму амбулаторного листа прерванной беременности по генетическим показаниям (Приложение 11);

1.12. Правила направления трупов плодов и новорожденных с пороками развития и плаценты на аутопсию и гистологическое исследование (Приложение 12);

1.13. Порядок забора и доставки плодного материала для цитогенетической верификации пренатального диагноза (Приложение 13);

1.14. Форму отчета медицинских организаций по пренатальной диагностике, врожденным порокам развития плода и анкету об исходах беременности и родов женщин с высоким риском по результату биохимического скрининга (Приложение 14, 15);

1.15. Порядок проведения ультразвуковых исследований во время беременности (Приложение 16);

1.16. Форму ежемесячного отчета государственных бюджетных учреждений по пренатальной диагностике (Приложение 17);

1.17. Форму сводного отчета по кабинетам антенатальной охраны плода (Приложение 18);

1.18. Форму ежеквартального отчета медико-генетической консультации по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка (Приложение 19).

2. Главным врачам медицинских организаций, на базе которых проводится пренатальная диагностика:

2.1. переименовать окружные кабинеты пренатальной диагностики в кабинеты антенатальной охраны плода;

2.2. организовать работу в кабинетах антенатальной охраны плода в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"»;

2.3. взять на контроль получение FMF сертификатов на преэклампсию по измерению пульсового индекса в маточных артериях врачами ультразвуковой диагностики (участвующим в оказании медицинской помощи в кабинетах пренатальной диагностики);

2.4. предоставить сведения о получении FMF сертификатов на преэклампсию на адрес электронной почты luneva\_oa@dcnn.ru в срок до 30 июня 2021 г.;

2.5. обеспечить своевременное проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в соответствии с настоящим приказом;

2.6. обеспечить своевременное направление в медико-генетическую консультацию ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» (далее – ГБУЗ НО «КДЦ») беременных женщин с высоким риском по биохимическому скринингу, выявленными врожденными пороками развития плода или пограничными состояниями плода в соответствии с настоящим приказом;

2.7. обеспечить своевременное направление на прерывание беременности согласно приложению 10 настоящего приказа при определении показаний для прерывания беременности областным пренатальным консилиумом по медико-генетическим показаниям;

2.8. обеспечить предоставление ежеквартального отчета по ведению мониторинга (на этапах родильных домов, детских поликлиник и стационаров) не позднее 5 числа каждого месяца, следующего за отчетным в медико-генетическую консультацию ГБУЗ НО «КДЦ» (ул. Решетниковская, д. 2, каб. 862, эл.почта: 862@dcnn.ru, luneva\_oa@dcnn.ru) в соответствии с приложениями 14, 15, 17 к настоящему приказу.

3. И.о.главного врача ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» Гудушиной О.Ю. обеспечить:

3.1. предоставление сводного отчета в министерство здравоохранения из 17 кабинетов антенатальной охраны плода (далее – КАОП) в срок до 30 июня 2021 г. о получении FMF сертификатов на преэклампсию (Приложение 18);

3.2. проведение ежеквартального анализа (заведующей медико-генетической консультацией) случаев патологоанатомической и цитогенетической верификации пренатально диагностированных наследственных и врожденных заболеваний плода;

3.3. предоставление ежеквартального отчета по пренатальной (дородовой) диагностике в министерство здравоохранения не позднее 5 числа каждого месяца, следующего за отчетным на электронную почту: mvsemerikova@yandex.ru (Приложение 19);

3.4. организацию работы в соответствии с настоящим приказом.

4. Главным врачам медицинских организаций II уровня (имеющих в составе межрайонные перинатальные центры) и III уровня обеспечить:

4.1 госпитализацию беременных женщин для прерывания беременности по медико-генетическим показаниям согласно приложению 10 настоящего приказа;

4.2. оформление амбулаторного листа учета прерванной беременности по генетическим показаниям согласно приложению 11 настоящего приказа;

4.3 направление плодов в патологоанатомическое отделение для патологоанатомического исследования согласно приложению 12 настоящего приказа;

4.4 направление плодного материала для цитогенетической диагностики согласно приложению 13 настоящего приказа.

5. Главным врачам ГБУЗ «Нижегородская детская областная клиническая больница» Кондратьевой И.Ю., ГБУЗ НО «Специализированная клиническая кардиохирургическая больница» Максимову А.Л., ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода» Гурьевой Е.В., ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода» Мануйленко О.В. обеспечить участие специалистов в работе областного пренатального консилиума в соответствии с графиком работы (Приложение 8).

6. Главным врачам медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» ежемесячно предоставлять отчет по пренатальной диагностике согласно приложению 19 настоящего приказа.

7. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 6.02.2020 № 315-66/20П/од «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики в Нижегородской области» считать утратившим силу.

8. Действие приказа распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 г.

9. И.о.директора ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр» Захарову А.А. разместить настоящий приказ на сайте министерства здравоохранения.

10. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Карпову Г.Н.

Заместитель Губернатора  
Нижегородской области,  
министр

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Правительства Нижегородской области

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 038C4CD200E1AC2AAC489F5E28B3690AA3  
Кому выдан: Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич  
Действителен: с 04.03.2021 до 04.03.2022

Д.В.Мелик-Гусейнов

## **Положение о кабинете (отделении) антенатальной охраны плода**

1. Кабинет антенатальной охраны плода (далее - КАОП) организуется на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии», в составе подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (женские консультации второй группы (уровня), консультативно-диагностические отделения (центры, поликлиники) третьей группы (уровня), на основании приказа главного врача медицинской организации.

2. Главный врач медицинской организации:

2.1. осуществляет контроль за работой КАОП;

2.2. утверждает его штатное расписание в пределах установленного фонда заработной платы медицинской организации, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов;

2.3. решает вопросы материального снабжения;

2.4. обеспечивает своевременное представление в вышестоящие органы текущих и годовых отчетов о работе КАОП.

3. Цель создания КАОП - реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по диагностике и профилактике перинатальных осложнений (задержка роста плода (далее - ЗРП), преждевременные роды (далее - ПР), преэклампсия (далее - ПЭ), пороки развития (далее - ПРП) и хромосомные аномалии (далее - ХА) у плода, профилактике рождения детей с летальными и тяжелыми пороками развития в Нижегородской области.

4. Задачи КАОП:

4.1. проведение ультразвукового исследования с архивированием ультразвуковых сканов, определения роста - весовых показателей и уровня артериального давления в сроки 11-14 недель и 19-21 неделя у беременных женщин прикрепленных территорий в соответствии с листом маршрутизации в целях выявления нарушений развития плода, ЗРП, ПРП и ХА плода, а также риска других осложнений беременности (ПЭ, ПР);

4.2. организация забора образцов крови у беременных женщин в сроки 11-14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина;

4.3. направление образцов крови и результатов УЗИ, внесенных в стандартный талон – направление в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»;

4.4. проведение электронной регистрации беременных женщин, прошедших скрининговое обследование, с занесением сведений о проведенных исследованиях и их результатах в программное обеспечение пренатального скрининга;

4.5. прием и учет заключений - протоколов расчета рисков из ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», а также передачу их в женские консультации;

4.6. своевременное информирование беременных группы высокого риска с подозрением на врожденные пороки развития и хромосомные аномалии у плода и направление их на консультирование и подтверждающую диагностику в медико-генетическое отделение ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»;

4.7. своевременное информирование беременных группы высокого риска по ПЭ, ЗВРП, ПР и направление их на консультирование в стационар III уровня для определения дальнейшей тактикой ведения и лечения.

4.8. ведение медицинской документации и представление первичных данных и отчетности для информационных систем в сфере здравоохранения;

4.9. методическая работа с врачами женских консультаций по вопросам организации антенатальной охраны плода.

5. Организационно-методическая и диагностическая работа КАОП осуществляется во взаимодействии с медико-генетической консультацией ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр», курирующим перинатальным центром и отделом детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области.

## **Положение о специалисте кабинета антенатальной охраны плода**

1. На должность врача (далее - специалист) КАОП назначаются врачи, имеющие сертификат по специальности «Ультразвуковая диагностика», получившие в установленном порядке специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития ребенка, риска преэклампсии.

2. В своей работе КАОП руководствуется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 июня 2020 года № 557н «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований».

3. Кандидатура специалиста определяется решением главного врача лечебного учреждения и утверждается министерством здравоохранения Нижегородской области.

4. Основной задачей специалиста КАОП является реализация мероприятий, направленных на проведение высококвалифицированной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

5. В соответствии с основной задачей специалист окружного кабинета пренатальной диагностики выполняет следующие функции:

5.1. проводит экспертные ультразвуковые исследования на предмет раннего выявления нарушений внутриутробного развития плода при сроке гестации 11-14 недель и 19-21 неделя;

5.2. при выявлении ультразвуковых маркеров нарушений развития ребенка определяет алгоритм дополнительного обследования беременных женщин в специализированных медицинских организациях Нижегородской области; организует консультацию врача акушера - гинеколога, генетика;

5.3. оказывает консультативно-методическую помощь медицинским организациям Нижегородской области по вопросам использования ультразвуковых исследований для диагностики внутриутробной патологии у ребенка;

5.4. осуществляет свою деятельность во взаимодействии с главным внештатным специалистом по медицинской генетике и пренатальной диагностике министерства здравоохранения Нижегородской области, в том числе вносит предложения по вопросам улучшения работы КАОП;

5.5. осваивает и внедряет в практику новые методики диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка;

5.5. ведет регистр беременных женщин, прошедших пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка;

5.6. ведет медицинскую и другую необходимую документацию, касающуюся количественных и качественных показателей работы КАОП;

5.7. обеспечивает сохранность и технически грамотную эксплуатацию медицинской техники в кабинете пренатальной диагностики;

5.8. принимает участие в клинико-анатомических разборах сложных случаев диагностики нарушений внутриутробного развития плода;

5.9. повышает в установленном порядке свою профессиональную квалификацию;

5.10. принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах, на которых рассматриваются вопросы работы кабинета пренатальной ультразвуковой диагностики.

## **Порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Нижегородской области**

Настоящий порядок регулирует проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Нижегородской области.

Целью проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка является раннее выявление пороков развития плода, определение тактики дальнейшего наблюдения беременности, определение учреждения для родоразрешения в случаях принятия решения о пролонгировании беременности, профилактика детской инвалидности и снижение младенческой и детской смертности.

Проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка осуществляется в несколько этапов.

### ***1 этап (женская консультация).***

Врачом акушером-гинекологом (наблюдающим беременность), оформляется «Стандартный талон – направление» (далее - Талон) беременной женщине при сроке беременности 11 - 14 недель в кабинет антенатальной охраны плода по форме, утвержденной приложением 4 к настоящему приказу, для проведения ультразвукового обследования и забора образцов крови для определения биохимических маркеров в крови (протеина плазмы А (РАРР-А) и свободного бета хорионического гонадотропина человеческого (св.β - ХГЧ) в день проведения ультразвукового обследования с измерением артериального давления двукратно, на двух руках одновременно, с интервалом 5 мин. Все данные заносятся в Талон, далее беременная женщина направляется на обследование.

При направлении беременной женщины в другое лечебное учреждение (в соответствии с закрепленным кабинетом антенатальной охраны плода) Талон оформляет лечащий врач акушер – гинеколог по месту наблюдения, а измерение артериального давления (двукратно, на двух руках одновременно, с интервалом 5 мин) проводится в кабинете ультразвуковой диагностики в день проведения обследования.

Измерение артериального давления необходимо проводить автоматическим электронным медицинским прибором для измерения артериального давления (тонометр).

### ***2 этап (кабинет антенатальной охраны плода).***

В кабинете антенатальной охраны плода беременной проводится ультразвуковое исследование с оформлением протокола ультразвукового исследования, утвержденным приложением 5 к настоящему приказу, а также забор образцов крови для определения биохимических маркеров, а также для расчета риска преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода. Врачом ультразвуковой диагностики вносятся в «Стандартный талон-направление» беременной женщины (далее - Талон) результаты проведенного ультразвукового обследования, медсестрой кабинета антенатальной охраны плода делается отметка о заборе крови. Талон вместе с образцом крови беременной в течение 24 часов транспортируется в медико-генетическую лабораторию ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр».

При выявлении ультразвуковых маркеров генетических нарушений развития ребенка при проведении ультразвукового исследования, врач ультразвуковой диагностики информирует наблюдающего беременную акушера – гинеколога, а также заведующего медико – генетической консультацией Луневу Ольгу Александровну (тел. 218-17-16+ доб. 8591, сот. 8-908-239-33-15) и разъясняет беременной необходимость незамедлительного обращения к наблюдающему врачу акушеру – гинекологу, врачу-генетику.

### ***3 этап. Медико-генетическая консультация ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр».***

В медико – генетической консультации проводится определение биохимических маркеров в крови (протеина плазмы А (РАРР - А) и свободного бета хорионического гонадотропина человеческого (св.β - ХГЧ) беременных женщин и программный расчет индивидуального риска хромосомных аномалий, преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода (телефон лаборатории – тел. 218-17-16+ доб. 8591).

Результаты проведенного расчета индивидуального риска нарушений развития ребенка передаются на первый этап в электронном виде по защищенному каналу электронной почты, размещается в медицинской карте пациента. Результат расчета может быть выдан на руки пациенту.

### ***4 этап. Женская консультация.***

После получения из медико-генетической консультации результатов проведенного расчета индивидуального риска нарушений развития ребенка, врач акушер – гинеколог определяется с дальнейшей тактикой ведения беременной женщины.

В случае выявления у беременной женщины высокого (1/100 и выше) риска по наличию хромосомной аномалии (по результатам скрининга при сроках беременности 11-14 недель) врач акушер – гинеколог направляет беременную

женщину в медико-генетическую консультацию ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» на консультацию врача-генетика. В ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» проводится повторно УЗИ с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной аномалией на основе данных повторно проведенного УЗИ.

Беременные женщины с высоким риском преэклампсии, преждевременных родов, задержкой роста плода (выше 1/100) должны быть консультированы в консультативно – диагностическом отделении стационара III уровня очно или в режиме телемедицинской консультации в течение 10 дней (после получения результата анализов) для определения дальнейшей тактики ведения пациентов.

При подозрении на врожденный порок развития плода, пациентка направляется в медико-генетическую консультацию ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» для уточнения диагноза, проведения пренатального консилиума и определения тактики дальнейшего ведения беременности и родоразрешения (зав. МГК ГБУЗ НО «КДЦ» Лунева Ольга Александровна тел. тел. 218-17-16+ доб. 8591, сот. 8-908-239-33-15).

При отсутствии изменений по результатам проведенной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка проводится диспансерное наблюдение по поводу беременности по месту наблюдения женщины.

В ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» в 19 – 21 неделю направляются беременные с выявленным пороком развития плода, не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, с высоким риском хромосомной аномалии для проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров хромосомных аномалий, поздно манифестирующих пороков развития плода.

Беременные с высоким риском преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода направляются для проведения УЗИ в 19-21 неделю в акушерские стационары III группы с оформлением протокола ультразвукового исследования в соответствии с приложением 5 к настоящему приказу. В этой же группе риска проводится УЗДГ.

Запись в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» осуществляет лечащий врач акушер – гинеколог в установленном порядке по электронному каналу связи (в экстренных случаях – заведующая медико – генетической консультацией Луневой Ольге Александровне (тел. 218-17-16+ доб. 8591, сот. 8-908-239-33-15).

***5 этап. Медико-генетическая консультация ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр»***

В случае выявления (подтверждения) высокого (1/100 и выше) риска хромосомной аномалии и/или при пороках развития плода, ассоциированных с

хромосомной аномалией, беременной рекомендуется проведение инвазивного обследования (плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез).

По результатам обследования врач - генетик представляет беременной женщине информацию о результатах обследования, наличии хромосомной аномалии и/или порока развития плода, направляет на пренатальный консилиум в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр».

На пренатальном консилиуме беременной представляется информация по прогнозу для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (включая внутриутробную хирургическую коррекцию), их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

При наличии порока развития плода, несовместимого с жизнью, при наличии сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при хромосомной аномалии, при пороке развития плода, приводящего к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, включающего внутриутробную хирургическую коррекцию, предоставляется информация о возможности искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

Состав пренатального консилиума, положение о деятельности пренатального консилиума представлены далее в приказе.

#### ***6 этап. Женская консультация.***

При отказе женщины прервать беременность - беременность пролонгируется. Отказ от прерывания беременности фиксируется в карте в простой письменной форме с формулировкой «От прерывания беременности отказалась, о своем состоянии здоровья и состоянии плода информирована в полном объеме, в доступной форме, на все вопросы заданные мной на пренатальном консилиуме в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» и сейчас в ГБУЗ НО «...» получены ответы. О последствиях предупреждена» собственноручно пациенткой. Далее ведение беременности ведется согласно клиническим протоколам.

Беременная с выявленным пороком развития плода или хромосомной аномалией, с отказом от прерывания беременности, не направляется повторно на ультразвуковое исследование плода в ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» и консультируются в областном перинатальном центре.

Наблюдение беременной женщины продолжается по месту прикрепления согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"».

При согласии женщины на прерывание беременности по медико – генетическим показаниям беременная направляется на прерывание беременности, согласно Приложению 10.

## Приложение 4 к приказу МЗ НО

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Стандартный талон - направление в 1 триместре беременности  
Данные о пациентке  
(заполняются в женской консультации)

№ пробирки в ОКПД

ФИО беременной: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_

Район: \_\_\_\_\_ Нас. пункт: \_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_ Дом: \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира: \_\_\_\_\_

Телефон сот: 8 \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_

Направившая организация: Ж/К

Конт.тел.: \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ	Первый день последней менструации:	Количество родов (всего)
Количество преждевременных родов: в сроки 16 -30 недель _____ в сроки 31-36 недель _____		
Количество родов после 37 недель _____		
Этническая группа: белая; негроидная раса; южная азия; восточная азия; другое (подчеркнуть)		
Курение: да; нет (подчеркнуть) Индукция овуляции: да; нет (подчеркнуть) Сахарный диабет: нет, 1 тип, 2 тип (подчеркнуть)		
Хроническая гипертензия: да; нет (подчеркнуть) Системная красная волчанка: да; нет (подчеркнуть)		
Антифосфолипидный синдром: да; нет (подчеркнуть)		
Преэклампсия при предыдущей беременности: да; нет (подчеркнуть)		
Дефицит массы тела новорожденного при предыдущей беременности: да; нет (подчеркнуть)		
Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе: да; нет (подчеркнуть)		
Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; (подчеркнуть)		
Если ЭКО, указать: обычное; замороженная яйцеклетка: возраст матери на период консервации _____ лет; донорская яйцеклетка: возраст донора на период консервации _____ лет; донорский эмбрион: возраст донора на период консервации _____ лет;		
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребёнка: <input type="checkbox"/> трисомия 21; <input type="checkbox"/> трисомия 18; <input type="checkbox"/> трисомия 13		

Данные об обследовании (заполняются в ОКПД)

Дата УЗИ:	FMF ID:	Врач УЗД (ФИО):
Количество плодов: _____ Вес (кг) _____ Рост (см) _____		
АД левая рука / _____ / _____ /; _____ / _____ / мм рт ст (2 измерения)		
АД правая рука / _____ / _____ /; _____ / _____ / мм рт ст (2 измерения)		
Хориальность: <input type="checkbox"/> монохориальная <input type="checkbox"/> дихориальная Амниальность: <input type="checkbox"/> моноамниальная <input type="checkbox"/> диамниальная		

Маточная артерия PI слева / \_\_\_\_\_ / справа / \_\_\_\_\_ / Длина цервикального канала / \_\_\_\_\_ /мм

1 плод	2 плод
ЧСС: _____ уд/мин КТР: _____ мм ТВП: _____ мм	ЧСС: _____ уд/мин КТР: _____ мм ТВП: _____ мм
Венозный проток PI: _____	Венозный проток PI: _____
Носовая кость: <input type="checkbox"/> опред-ся (N); <input type="checkbox"/> аплазия/гипоплазия	Носовая кость: <input type="checkbox"/> опред-ся (N); <input type="checkbox"/> аплазия/гипоплазия
Трикуспидальный клапан: <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> реверс	Трикуспидальный клапан: <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> реверс

Комментарии (др. эхо-маркеры ХА, ВПР): АВК, голопроэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника/печени и кишечника, мегацестис \_\_\_\_\_ мм

№ пробы в лаборатории МГК

Дата взятия крови: \_\_\_\_\_

ФИО медсестры ОК ПД: \_\_\_\_\_

При многоплодии: тройнях - кровь не берется, при двойнях - не считаются риски по ПЭ, ЗРП.

**Название медицинской организации,  
Адрес ее местонахождения**

**Протокол ультразвукового исследования  
в 1 триместре беременности**

Номер медкарты: \_\_\_\_\_ Дата исследования: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Номер исследования: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_

Первый день последней менструации \_\_\_\_\_ Срок беременности \_\_\_\_\_ нед. \_\_\_\_\_  
Вид исследования: трансабдоминальный трансвагинальный Количество плодов \_\_\_\_\_

Сердцебиение плода: ЧСС плода (уд/мин) отсутствует

Фетометрия: \_\_\_\_\_ мм, соответствует сроку беременности:

Копчиково-теменной размер плода: \_\_\_\_\_ мм, соответствует \_\_\_\_\_ нед. \_\_\_\_\_ дней

Бипариетальный размер головы: \_\_\_\_\_ мм, соответствует \_\_\_\_\_ нед. \_\_\_\_\_ дней

Окружность головы: \_\_\_\_\_ мм, соответствует \_\_\_\_\_ нед. \_\_\_\_\_ дней

*Другие фетометрические показатели (по показаниям)*

Толщина воротникового пространства: \_\_\_\_\_ мм

*Оценка дополнительных УЗ-маркеров хромосомных аномалий*

Носовая кость: \_\_\_\_\_ визуализируется, не визуализируется, не удалось оценить

Трикуспидальная регургитация: да нет

Пулсационный индекс (далее – ПИ) в венозном протоке: \_\_\_\_\_

Анатомия: норма, выявлены изменения, не удалось оценить

Голова: - череп

- срединные структуры

- сосудистые сплетения

Живот: - желудок

- кишечник

- передняя брюшная стенка

- мочевого пузыря

Лицо: - глазницы

- профиль

Позвоночник: осмотрен

Сердце: - расположено

- позиция

- размеры

- 4-х камерный срез

Конечности:

- правая и левая рука (включая кисти)

- правая и левая нога (включая стопы)

Врожденные пороки развития плода:

Особенности строения плода:

Хорион (плацента) преимущественная локализация: передняя, задняя, дно матки, другое (указать)

Пуповина: количество сосудов \_\_\_\_\_

Место прикрепления к плаценте: центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть

Область придатков, стенки матки: норма, выявлены изменения

Шейка матки \_\_\_\_\_ мм

ПИ в маточных артериях: слева \_\_\_\_\_ справа \_\_\_\_\_

Визуализация: удовлетворительная затруднена в связи с:

Заключение: Беременность недель дней

Рекомендации:

Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики: \_\_\_\_\_

## Протокол ультразвукового обследования во 2-3 триместре беременности

Ф.И.О. _____		Дата рождения: _____	
Первый день последней менструации _____		Номер исследования _____	
Срок беременности _____ нед.			
Срок беременности по скрининговому УЗИ в I триместре (при несоответствии гестационному сроку) _____ нед.			
Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный. Количество плодов _____			
<b>Фетометрия</b> (указать соответствие процентильным значениям при отклонении)			
Бипариетальный размер головки (БПР) _____ мм		Длина бедренной кости: левой _____ мм, правой _____ мм	
Окружность головы _____ мм		Длина правой бедренной кости _____ мм	
Лобно-затылочный размер _____ мм		Длина костей голени: правой _____ мм, левой _____ мм	
Диаметр/Окружность живота _____ мм		Длина костей предплечья: правой _____ мм, левой _____ мм	
Размеры плода соответствуют сроку беременности: да, нет, размеры несимметричны и не позволяют судить о сроке беременности (подчеркнуть). Предполагаемая масса плода _____ гр. (указать процентиль для данного срока)			
<b>Анатомия плода</b>			
<b>Голова:</b> кости свода черепа, полость прозрачной перегородки, срединные структуры осмотрены (подчеркнуть)		Задние рога боковых желудочков справа _____ мм, слева _____ мм Мозжечок _____ / _____ мм/ процентиль для данного срока Большая цистерна _____ мм	
<b>Лицо:</b> губы, профиль, глазницы, нос, ноздри осмотрены (подчеркнуть)		Выявленные изменения в структурах лица: _____	
<b>Шея:</b> осмотрена (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено		<b>Позвоночник:</b> осмотрен (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено	
<b>Грудная клетка:</b> осмотрена (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено			
<b>Конечности:</b> правая и левая нога (включая стопы)		<b>Выявленные изменения в нижних конечностях:</b> _____	
<b>Конечности:</b> правая и левая рука (включая кисти) осмотрена (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено		<b>Выявленные изменения в верхних конечностях:</b> _____	
<b>Брюшная полость:</b> желудок, кишечник, почки, мочевой пузырь, область пупочного кольца осмотрена (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено		<b>Выявленные изменения:</b> _____	
<b>Сердце:</b> ось, позиция, размеры, 4 камерный срез, срез через три сосуда и трахею, левый выносящий тракт, правый выносящий тракт осмотрен (подчеркнуть), дефектов выявлено/не выявлено. <b>ЧСС плода</b> _____ уд/мин, ритмичное, аритмичное, отсутствует <b>Выявленные изменения:</b> _____			
<b>Особенности строения плода:</b> наличие эхо – маркеров ХА (подчеркнуть): укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейкой складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия, другое (указать) _____			
<b>Плацента:</b> расположена по передней, задней стенке матки, в дне. При низком расположении плаценты: край плаценты на _____ мм выше внутреннего зева, у края внутреннего зева, перекрывает внутренний зев.			
<b>Кесарево сечение</b> в анамнезе: да, нет. Плацента перекрывает область послеоперационного рубца да/нет (подчеркнуть)			
<b>Количество сосудов в пуповине :</b> _____ <b>Место прикрепления к плаценте :</b> центральное, краевое, оболочечное, не удалось осмотреть			
<b>Количество околоплодных вод:</b> ИАЖ _____ мм или МВК _____ мм (при изменении количества вод) Норма, многоводие, маловодие			
<b>Шейка матки (цервикометрия) .</b> длина шейки матки _____ мм, внутренний зев закрыт. <b>Выявленные изменения:</b> имеет V или U – образное расширение внутреннего зева, длина сомкнутой части шейки матки _____ мм, цервикальный канал расширен на всем протяжении на _____ мм.			
<b>Визуализация</b> удовлетворительная, затруднена в связи _____ <b>Заключение:</b>			
<b>Рекомендации</b> Ф.И.О. врача ультразвуковой диагностики: _____			

**Перечень кабинетов антенатальной охраны плода**

<b>Учреждение расположения кабинета антенатальной охраны плода (КАОП)</b>	<b>Зона обслуживания* (Закрепленные районы)</b>	<b>Учреждение (КАОП) Дублер**</b>
ГБУЗ НО «Арзамасский родильный дом»	Зона обслуживания Арзамасского межрайонного перинатального центра (Арзамасский, Ардатовский, Дивеевский, Шатковский, Вадский, Починковский, Первомайский, Перевозский, Лукояновский, Большеболдинский, Гагинский)	ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»  ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»	Зона обслуживания Борского межрайонного перинатально центра (Борский)	ГБУЗ НО «Семеновская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»	Зона обслуживания Выксунского межрайонного перинатального центра (Выксунский, Навашинский, Вознесенский, Кулебакский)	ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Городецкая ЦРБ»	Зона обслуживания Заволжского межрайонного перинатального центра (Чкаловский, Городецкий, Сокольский,)	ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»
ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»	Зона обслуживания Кстовского межрайонного перинатального центра (Кстовский, Дальнеконстантиновский)	ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г.Н.Новгорода»
ГБУЗ НО «Лысковская ЦРБ»	Зона обслуживания Лысковского межрайонного перинатального центра (Лысковский, Большемурашкинский, Воротынский, Княгининский)	ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ»	Зона обслуживания Павловского межрайонного перинатального центра (Павловский, Богородский, Сосновский, Вачский)	ГБУЗ НО «Выксунская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ»	Зона обслуживания Сергачского межрайонного перинатального центра (Сергачский, Краснооктябрьский,	ГБУЗ НО «Лысковская ЦРБ»

	Сеченовский, Пильненский, Бутурлинский, Спасский)	
ГБУЗ НО «Семеновская ЦРБ»	Зона обслуживания Семеновского межрайонного перинатального центра (Ковернинский, Семеновский, Воскресенский, Варнавинский, Краснобаковский)	ГБУЗ НО «Борская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Уренская ЦРБ»	Зона обслуживания Уренского межрайонного перинатального центра (Уренский, Ветлужский,)	ГБУЗ НО «Шахунская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Шахунская ЦРБ»	Зона обслуживания Шахунского межрайонного перинатального центра (Шахунский, Тоншаевский, Тонкинский, Шарангский)	ГБУЗ НО «Уренская ЦРБ»
ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр»	Зона обслуживания ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» (Дзержинский, Балахнинский, Володарский)	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района (для беременных г. Дзержинска) ГБУЗ НО «Городецкая ЦРБ» (для беременных Балахнинского и Володарского районов)
ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г. Н.Новгорода»	Нижегородский, Советский, Приокский районы г.Н.Новгорода, поликлиника ФБГУ «ПОМЦ»	ГБУЗ НО «Женская консультация №5 Канавинского района г.Н.Новгорода» (для беременных Приокского района) ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района (для беременных Нижегородского и Советского районов)
ГБУЗ НО «Женская консультация №5 Канавинского района г.Н.Новгорода»	Зона обслуживания ГБУЗ НО «Женская консультация №5 Канавинского района г.Н.Новгорода», «Родильный дом №5 Московского района г.Н.Новгорода»	ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр семьи и

	(Московский, Канавинский районы), «Родильный дом № 4 Ленинского района г.Н.Новгорода», поликлиники ЧУЗ «Дорожная клиническая больница», женской консультации ГБУЗ НО «Городская больница №33 Ленинского района г.Н.Новгорода» (Канавинский, Ленинский районы),	репродукции»
ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр семьи и репродукции»	Зона обслуживания ГБУЗ НО «Нижегородский областной центр семьи и репродукции» (Сормовский район)	ГБУЗ НО «Женская консультация №5 Канавинского района г.Н.Новгорода»
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода» (женская консультация)	Автозаводский район г.Н.Новгорода	ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г. Н.Новгорода

\*Обследование беременных женщин, состоящих на учете по беременности в медицинских учреждениях негосударственной формы собственности, осуществляется в окружном кабинете пренатальной диагностики по месту прописки или фактического проживания при наличии полиса обязательного медицинского страхования.

\*\*в случае отпуска или листа нетрудоспособности специалиста, который проводит пренатальный скрининг, поломки оборудования.

**Рекомендуемые штатные нормативы кабинета  
антенатальной охраны плода для учреждений 2 и 3 уровня**

**Рекомендуемые штатные нормативы кабинета  
антенатальной охраны плода при медицинской организации  
акушерского профиля 2 уровня**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование должностей</b>	<b>Количество должностей (в одну смену)</b>
1	Врач ультразвуковой диагностики	1 должность на 2 500 УЗИ в год □
2	Медицинская сестра	1 должность на 1 должность врача ультразвуковой диагностики

**Рекомендуемые штатные нормативы кабинета (отделения)  
антенатальной охраны плода при медицинской организации  
акушерского профиля 3 уровня**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование должностей</b>	<b>Количество должностей (в одну смену)</b>
1	Заведующий отделением - врач акушер-гинеколог	вместо 0,5 должности врача акушера-гинеколога (или врача ультразвуковой диагностики) при наличии более 1 875 женщин группы риска в год; 1 должность при наличии более 2 500 женщин группы риска в год
2	Врач - акушер-гинеколог	1 должность на 1250 женщин группы риска в год и 1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур
3	Врач ультразвуковой диагностики	1 должность на 1250 женщин группы
4	Старшая медицинская сестра (акушерка)	вместо 0,5 должности медицинской сестры при наличии более 1 875 женщин группы риска в год; 1 должность при наличии более 2500 женщин группы риска в год
5	Медицинская сестра процедурной	1 должность на 400 инвазивных диагностических процедур
6	Акушерка (медицинская сестра)	1 должность на 1 должность врача
7	Санитар	1 должность в смену

### Положение о деятельности пренатального консилиума

Заседания пренатального консилиума проводятся не реже одного раза в неделю (по четвергам с 14 до 17).

Списки пациенток, подлежащих консультированию на пренатальном консилиуме, направляются в министерство здравоохранения Нижегородской области в отдел детства и родовспоможения (E-mail: mvsemerikova@yandex.ru), областной перинатальный центр ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» и ГБУЗ НО «Специализированная клиническая кардиохирургическая больница» не позднее, чем за 1 день до проведения консилиума по форме:

Ф.И.О. беременной	возраст	Адрес проживания	Медицинская организация, наблюдающая женщину	Срок гестации	Предполагаемый порок развития плода	Примечание (телефон и др.)
1	2	3	4	5	6	7

Пренатальный консилиум проводится на базе медико-генетической консультации ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» в составе, утвержденным данным приложением к настоящему приказу и врача-специалиста по профилю выявленного порока развития плода.

Для работы областного пренатального консилиума привлекаются профильные специалисты, которые **информируются факсограммой заведующего МГК ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» не позднее одного дня до начала работы консилиума.**

Областной пренатальный консилиум определяет показания для дальнейшего обследования пациентки, верифицирует диагноз, определяет наличие показаний для прерывания либо пролонгирования беременности по медицинским показаниям.

Предварительным условием для проведения пренатального консилиума является оформление информированного добровольного согласия женщины на проведение консилиума.

При проведении консилиума беременная женщина и члены ее семьи (по желанию женщины) информируются о характере и тяжести выявленных нарушений в развитии ребенка, о возможном объеме и длительности лечения ребенка после рождения, о возможной утрате физических и психических функций (инвалидизация ребенка), о прогнозе для жизни ребенка.

Женщине выдается «Заключение пренатального консилиума», согласно приложению 8. С решением консилиума женщина информируется в простой письменной форме.

Заключение консилиума выдается на руки беременной женщине для предъявления по месту наблюдения по беременности и размещается в медицинской карте пациента.

Информированное добровольное согласие женщины, на проведение консилиума, решение пренатального консилиума и информация об ознакомлении женщины с решением консилиума (заверенный ее личной подписью), вносятся в медицинскую карту пациента ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр».

Если по заключению консилиума врачей возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока развития плода во время беременности, женщине предлагается госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую данный вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

Если по заключению консилиума врачей возможна хирургическая коррекция порока развития плода в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары III уровня, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также в федеральные медицинские организации для оказания помощи новорожденному в условиях отделения хирургии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

### **Состав пренатального консилиума**

**Председатель:** начальник отдела детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области к.м.н. Семерикова М.В.

**Заместитель председателя:** - главный внештатный акушер-гинеколог министерства здравоохранения Нижегородской области Мануйленко О.В.

Главный специалист отдела детства и родовспоможения Чеснокова Л.Е. (дублер).

**Секретарь:** заведующая медико-генетической консультацией ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» Лунева О.А.;

**Члены комиссии:**

- профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПДО ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (далее – ПИМУ), д.м.н. Гусева О.И.;

- главный специалист отдела детства и родовспоможения Чеснокова Л.Е.;

- главный внештатный неонатолог министерства здравоохранения Нижегородской области, профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский университет», д.м.н. Козлова Е.М.;

- главный внештатный детский хирург министерства здравоохранения Нижегородской области к.м.н. Рожденкин Е.А.;

- главный внештатный детский уролог министерства здравоохранения Нижегородской области к.м.н. Заугаров М.Ю.;

- главный внештатный детский кардиохирург министерства здравоохранения Нижегородской области Широков М.В.

Профильные внештатные главные специалисты министерства здравоохранения Нижегородской области и другие специалисты медицинских организаций привлекаются к работе консилиума при необходимости (по согласованию).

**Заключение пренатального консилиума**

ФИО пациентки: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные  
данные: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комиссия информировала семью о возможных последствиях выявленной патологии (пограничного состояния) для жизни и здоровья ребенка, доступных методах лечения и коррекции.

Выявленный порок развития условно корригируемый / корригируемый / некорригируемый.

**Прогноз для жизни / здоровья ребенка благоприятный, сомнительный, неблагоприятный, несовместимый с жизнью**

Рекомендации пренатального консилиума: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Родоразрешение на базе ГБУЗ НО \_\_\_\_\_

Председатель областной комиссии

Члены комиссии:

Роспись пациентки

### **Инструкцию по порядку направления пациенток на прерывание беременности по медико-генетическим показаниям**

1. При подозрении на врожденный порок развития плода и (или) высокой риск по данным биохимического скрининга пациентка направляется в медико-генетическую консультацию ГБУЗ НО «КДЦ» для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего ведения.

2. На базе медико-генетической консультации выполняется экспертное ультразвуковое исследование, инвазивная пренатальная диагностика по показаниям.

3. Областной пренатальный консилиум определяет прогноз для жизни/здоровья плода, определяет тактику дальнейшего ведения беременности, место и способ родоразрешения. При неблагоприятном прогнозе для жизни и здоровья плода оформляет заключение с рекомендациями о прерывании беременности и направляет пациентку в женскую консультацию по месту жительства.

4. Женская консультация направляет пациенток на прерывание беременности в соответствии со следующим порядком:

<b>Место проживания</b>	<b>Срок беременности</b>	<b>Медицинские организации</b>
г.Н.Новгород	Беременные до 22 недель низкого и среднего перинатального риска	Гинекологические стационары по месту жительства
	Беременные до 22 недель высокого перинатального риска и с тяжелой экстрагенитальной патологией	ГБУЗНО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района г.Н.Новгорода»
	Беременные после 22 недель высокого перинатального риска и с тяжелой экстрагенитальной патологией	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода
Районы Нижегородской области	Беременные до 22 недель низкого и среднего перинатального риска	Гинекологические отделения ЦРБ, в структуре которых имеются межрайонные перинатальные центры (на функциональной основе), в соответствии с зонами обслуживания
	Беременные до 22 недель	Гинекологическое ГБУЗ НО

	высокого перинатального риска и с тяжелой экстрагенитальной патологией	«Дзержинский перинатальный центр» ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им.Н.А.Семашко»
	Беременные после 22 недель низкого, среднего, высокого перинатального риска и с тяжелой экстрагенитальной патологией	ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода

**Амбулаторный лист прерванной беременности**

(Пункты 1-6 заполняются генетиком)

1. ФИО

пациентки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Дата рождения пациентки \_\_\_\_\_

3. Домашний  
адрес \_\_\_\_\_4. Место \_\_\_\_\_ работы,  
профессия \_\_\_\_\_

5. Краткое \_\_\_\_\_ описание \_\_\_\_\_ УЗИ

6. Клинический  
диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Врач-генетик \_\_\_\_\_ (подпись)

(Пункты 7-10 заполняются врачом акушером-гинекологом)

7. Номер истории болезни, наименование учреждения, где прерывали  
беременность \_\_\_\_\_8. Клинический диагноз (дата последней менструации, неполный или  
индуцированный выкидыш со сроком беременности, способ прерывания  
беременности, сопутствующие заболевания. Сопутствующие  
инфекции) \_\_\_\_\_

9. Дата прерывания беременности \_\_\_\_\_

10. Пол плода, масса плода, длина плода, видимые пороки развития \_\_\_\_\_

(При сроке беременности 22 недель и более, массе 500 г и более, длина плода  
25 см и более необходимо выписать перинатальное свидетельство о смерти)

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_ (подпись) Дата \_\_\_\_\_

Заключение патологоанатомического исследования плода/новорожденного и плаценты  
(Заполняется врачом патологоанатомом и передается в МГК ГБУЗ «КДЦ»)

Врач патологоанатом \_\_\_\_\_ (подпись) Дата \_\_\_\_\_

## **Правила направления трупов плодов и новорожденных детей с пороками развития и плаценты на аутопсию и гистологическое исследование**

1. На патологоанатомическое вскрытие направляются все плоды после 12 недель гестации при прерывании беременности по медико-генетическим показаниям независимо от срока прерванной беременности и массы плода, а также дети с врожденными аномалиями мертворожденные или умершие в первые дни после рождения.

2. Патологоанатомическое вскрытие плодов, прерванных по медико-генетическим показаниям, проводить в патологоанатомическом отделении:

- до 22 недель беременности – по территориальному признаку;
- после 22 недель – в ГБУЗ НО Нижегородская областная детская клиническая больница».

3. В патологоанатомическое отделение плоды доставляются в течение первых двух суток.

4. Перед транспортировкой все плоды или мертворожденные должны храниться в холодильнике при  $t^{\circ} = +4C$  (не замораживать).

5. Направление плодов и новорожденных сопровождается заполненным «Амбулаторным листом учета прерванной беременности по генетическим показаниям»

6. Доставка плаценты от беременности с врожденными аномалиями плода обязательна. До отправления плацента и пуповина хранится в холодильнике при  $t^{\circ} = +4C$ .

Для гистологического исследования плаценты берется 4-6 кусочков толщиной 1 см, захватывая всю толщу ткани, из пуповины вырезаются несколько кусков.

Для гистологического исследования плодной оболочки вырезают полосу 8 см длиной и 1 см шириной с краем плаценты и спиралевидно свертывают ее амнионом кнаружи, плацентарной частью внутрь и заливают 10% раствором формалина.

7. В направлении на патологоанатомическое исследование плацентарной ткани указывается лечебное учреждение и отделение, ФИО пациентки, срок беременности, масса плаценты, ее размеры (толщина и диаметр), видимые изменения, длина пуповины и ее видимые изменения.

## **Порядок забора и доставки плодного материала для цитогенетической верификации пренатального диагноза**

Определение хромосомного набора у плода или новорожденного с целью верификации пренатального диагноза или при подозрении на хромосомную патологию проводится в медико-генетической консультации ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» и ГБУЗ НО Нижегородская областная детская клиническая больница». Для анализа используется пуповинная или венозная кровь плода или новорожденного, ткань ворсин хориона.

Показания для направления биологического материала:

- рекомендации врача – генетика;
- наличие у плода или новорожденного множественных пороков развития;
- наличие у плода или новорожденного клинических признаков хромосомной патологии: болезни Дауна, синдрома Шерешевского (лимфатический отек на ногах) и др.;
- наличие у плода или новорожденного малых аномалий развития.

### **Правила забора пуповинной, венозной крови плода**

Для анализа достаточно 2-3 мл пуповинной или венозной крови.

Забор крови производится в вакуумную пробирку, содержащую Li гепарин (объем пробирки 4,9 мл) до метки. Пробирку до транспортировки хранить в холодильнике при температуре +2 +4 гр. Не замораживать. Кровь в той же вакуумной пробирке в течение суток доставляется в лабораторию МГК с 8час до 15 час. в рабочие дни.

Тел. лаборатории ГБУЗ НО «КДЦ» – (831) 218-17-16 + доб. 269.

Тел. лаборатории ГБУЗ НО «НОДКБ» - (831) 417-67-53.

Температура при доставке от 0 до 25<sup>0</sup> С.

### **Порядок забора ворсин хориона (плаценты)**

Ворсины хориона (плаценты) поместить в флакон с раствором Хенкса или физ. раствором, содержащим раствор гепарина (из расчета 1 мл гепарина 5000 тыс. ед. на 100 мл раствора Хенкса или физ. раствора). Необходимо дифференцировать ткань плаценты от децидуальных оболочек. Не брать мышечную ткань. Не использовать формалин. Масса материала должна быть не менее 20 мг. Температура при доставке от 20 до 36<sup>0</sup> С.

Флакон с материалом хориона должен быть доставлен в лабораторию МГК ГБУЗ НО «КДЦ» в течении 2 часов с 8 час. до 16 час. в рабочие дни.

Телефон лаборатории – (831) 218-17-16 + доб. 269.

В направление указать: Ф.И.О. пациентки, дату рождения, адрес, диагноз, № амбулаторного листа прерванной беременности, дату и время прерывания беременности, Ф.И.О. направившего врача и его контактный телефон.

**Форма ежеквартального отчета по врожденным порокам развития  
плода**

Полное наименование и адрес учреждения \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ИЗВЕЩЕНИЕ НА РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ  
РАЗВИТИЯ**

Ф.И.О. ребенка:   Дата рождения: _____ Дата смерти: _____ Ф.И.О. матери:	Место проживания матери во время беременности: Респ./край/обл. _____ — Авт.обл./округ _____ — р-н _____ Гор./пос./с./дер./ _____ — Место рождения ребенка: _____ Наименование учреждения _____ Респ./край/обл./ _____ — Авт.обл./округ _____ — Р-н _____ Гор./пос./с./дер./ _____ —	
Возраст матери:	Порядковый номер родов:	Масса тела при рождении:

Состояние при рождении: живорожденный: \_\_\_\_\_

мертвоорожденный: \_\_\_\_\_

Пол ребенка: М \_\_\_\_\_ Ж \_\_\_\_\_ интерсекс \_\_\_\_\_

неизвестен \_\_\_\_\_

Близнецовость: да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_

Выписан (переведен): домой \_\_\_\_\_ в больницу \_\_\_\_\_

жив \_\_\_\_\_ умер \_\_\_\_\_

Направление на аутопсию: да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_

Описание врожденных пороков развития:

Женская консультация, в которой наблюдалась женщина:

Родильный дом, где произошли роды:

Полное наименование учреждения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

### СВЕДЕНИЯ О РОДИВШИХСЯ

Месяц	Год	Врач:	
Параметры		Живорожденные	Мертворожденные
Пол	Всего		
	Мужской		
	Женский		
	Интерсекс		
	Неизвестен		
Близнецы	М/М		
	Д/Д		
	М/Д		
	Другое		
Масса тела	500-999		
	1000-1499		
	1500-1999		
	2000-2499		
	2500-2999		
	3000-3499		
	3500-3999		
	4000-4999		
	5000 и более		
	Неизвестно		
Возраст матери	-16		
	17-19		
	20-24		
	25-29		
	30-34		
	35-39		
	40-44		
	45 и выше		
Порядковый номер родов	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10 и более		
	Неизвестен		

Главный врач

ПЕРЕЧЕНЬ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ  
ПОДЛЕЖАЩИХ МОНИТОРИРОВАНИЮ

Код по МКБ-9 Код по МКБ-10

1. Анэнцефалия
2. Спинномозговая грыжа
3. Энцефалоцеле
4. Гидроцефалия врожденная
5. Микротия, аотия
6. Расщелина неба
7. Расщелина губы и/или неба
8. Транспозиция крупных сосудов
9. Гипоплазия левого сердца
10. Атрезия пищевода
11. Атрезия ануса
12. Агенезия или дисгенезия почек
13. Гипоспадия
14. Эписпадия
15. Экстрофия мочевого пузыря
16. Редукционные пороки конечностей
17. Диафрагмальная грыжа
18. Омфалоцеле
19. Гастросхизис
20. Синдром Дауна
21. Множественные врожденные пороки развития



**Порядок проведения ультразвуковых исследований во время беременности**

Настоящий порядок регулирует проведение ультразвуковой диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Нижегородской области.

Целью проведения ультразвуковой диагностики - раннее выявление рисков хромосомных аномалий, пороков развития плода.

Проведение ультразвуковой диагностики осуществляется в несколько этапов.

1. УЗИ в первом триместре проводится при сроке беременности в 11-14 недель беременности врачами ультразвуковой диагностики с FMF сертификатами на пренатальную диагностику и преэклампсию.

2. УЗИ во втором триместре проводится с 19 недель до 21 недели в кабинетах антенатальной охраны плода.

3. В ГБУЗ НО «Клинический диагностический центр» в 19 – 21 неделю направляются беременные с выявленным пороком развития плода, не прошедшие скрининговое обследование при сроке беременности 11-14 недель, с высоким риском хромосомной аномалии для проведения УЗИ и программного перерасчета риска для исключения ультразвуковых маркеров хромосомных аномалий, поздно манифестирующих пороков развития плода.

4. Беременные с высоким риском преэклампсии, преждевременных родов, задержки роста плода направляются для проведения УЗИ в 19-21 неделю в акушерские стационары III группы.

5. УЗДГ во втором триместре проводится в группе риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП), выявленному по скринингу в первом триместре.

6. УЗИ и УЗДГ в третьем триместре проводится всем беременным, состоящим на учете по беременности в 30-34 недели.

7. УЗИ и УЗДГ в 35 – 36 недель беременности проводится дополнительно в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты), при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

8. Цервикометрия проводится в группе высокого риска позднего выкидыша и преждевременных родов с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели

**Ежемесячный отчет государственных бюджетных учреждений по  
пренатальной диагностике**

№	Показатель
1	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации <b>всего:</b>
	в сроке до 14 недель:
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель <b>всего:</b>
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель <b>всего:</b>
	из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:
	из-за отказа от обследования на экспертном уровне
	другие причины (указать):

**Сводный отчет по кабинетам антенатальной охраны плода**

Кабинет антенатальной охраны плода (ГБУЗ НО)	Ф.И.О. врача	FMF сертификат на пренатальную диагностику/дата получения	FMF сертификат на презклампсию/дата получения
1	2	3	4





