

**Порядок  
оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и  
гинекология (за исключением использования  
вспомогательных репродуктивных технологий)"  
(утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 1  
ноября 2012 г. N 572н)**

I. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности

3. Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по "акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности-врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания);

стационарный, осуществляемый в отделениях патологии беременности (при акушерских осложнениях) или специализированных отделениях (при соматических заболеваниях) медицинских организаций.

5. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с настоящим Порядком на основе листов маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях.

6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:

врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз;

врачом-терапевтом - не менее двух раз;

врачом-стоматологом - не менее двух раз;

врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели.

При сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре, и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

При сроке беременности 18-21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

7. При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог направляет ее в медико-генетическую консультацию (центр) для медико-генетического консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае установления в медико-генетической консультации (центре) пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

В случае постановки диагноза хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения прерывание беременности по медицинским показаниям проводится независимо от срока беременности по решению перинатального консилиума врачей после получения информированного добровольного согласия беременной женщины.

С целью искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременная женщина направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 недели и более проводится в условиях наблюдательного отделения акушерского стационара.



8. При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) у плода необходимо проведение перинатального консилиума врачей, состоящего из врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача - детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерские стационары, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом-неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде, проводится консилиум врачей, в состав которого входят врач-акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач - детский кардиолог и врач - детский хирург.

9. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.

10. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения медицинских организаций, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи женщине (при наличии врачей-специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

11. Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде определена [приложением N 5](#) к настоящему Порядку.

12. При наличии показаний беременным женщинам предлагается долечивание и реабилитация в санаторно-курортных организациях с учетом профиля заболевания.

13. При угрожающем аборте лечение беременной женщины осуществляется в учреждениях охраны материнства и детства (отделение патологии беременности, гинекологическое отделение с палатами для сохранения беременности) и специализированных отделениях медицинских организаций, ориентированных на сохранение беременности.

14. Врачи женских консультаций осуществляют плановое направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

Правила организации деятельности женской консультации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения женской консультации определены [приложениями N 1 - 3](#) к настоящему Порядку.

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

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

Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, беременная женщина направляется в отделение сестринского ухода для беременных женщин.

Правила организации деятельности отделения сестринского ухода для беременных женщин, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения отделения сестринского ухода для беременных женщин определены [приложениями N 28 - 30](#) к настоящему Порядку.

В дневные стационары направляются женщины в период беременности и в послеродовой период, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки

16. В случаях преждевременных родов в 22 недели беременности и более направление женщины осуществляется в акушерский стационар, имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

17. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом-акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально.

18. В консультативно-диагностические отделения перинатальных центров направляются беременные женщины:

а) с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;

б) с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);



в) с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

г) с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.