



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

13 ЯНВ 2021

№ 22

г. Воронеж

**Об организации отделений и кабинетов антенатальной охраны плода
на территории Воронежской области**

В целях реализации Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – Порядок), организации пренатальной диагностики и профилактики перинатальных осложнений

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Форму направления в отделение (кабинет) антенатальной охраны плода.

1.2. Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 11-14 недель беременности.

1.3. Форму протокола скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности и в III триместре.

2. Главным врачам БУЗ ВО ВОКБ № 1 Вериковскому В.А., БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10» Иванову М.В., БУЗ ВО «Борисоглебская РБ» Коробову В.В., БУЗ ВО «Лискинская РБ» Барковской Е.В., БУЗ ВО «Россошанская РБ» Кравченко М.А., БУЗ ВО «Калачеевская РБ» Ускову А.В., БУЗ ВО «Павловская РБ» Королюку А.С., БУЗ ВО «ВГКП № 4» Бредихину С.В.:

2.1. Переименовать центры пренатальной диагностики в отделения антенатальной охраны плода.

2.2. Обеспечить:

2.2.1. Проведение мероприятий по антенатальной охране плода пациенткам прикрепленных медицинских организаций в соответствии с приложениями №№ 4, 5, 6 к Порядку.

2.2.2. Предоставление отчетных данных о проведении мероприятий по антенатальной охране плода в первом и во втором триместрах беременности в организационно-методический отдел перинатального центра БУЗ ВО ВОКБ № 1 (далее – ПЦ) ежеквартально до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом, в соответствии с порядком, определенным организационно-методическим отделом ПЦ.

3. Главным врачам БУЗ ВО «ВОККДЦ» Образцовой Е.Е., БУЗ ВО «Бобровская РБ» Шурупову Р.А., БУЗ ВО «Новохоперская РБ» Ишину В.М.:

3.1. Организовать работу кабинетов антенатальной охраны плода.

3.2. Обеспечить проведение скрининговых ультразвуковых исследований плода во втором триместре беременности пациенткам прикрепленных медицинских организаций (далее – УЗИ) с архивированием ультразвуковых сканов.

3.3. Выполнение подпункта 2.2.1. пункта 2 настоящего приказа.

4. Главному врачу БУЗ ВО ВОКБ № 1 Вериковскому В.А.:

4.1. Обеспечить:

4.1.1. Проведение биохимического анализа крови на уровень материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина (св. β -ед. ХГЧ).

4.1.2. Расчет индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями (далее – ХА), задержкой роста плода, а также риска преждевременных родов (далее – ПР) и преэклампсии (далее – ПЭ) посредством программного обеспечения.

4.1.3. Своевременную (не позднее 2 рабочих дней) передачу заключений по результатам расчета индивидуального риска в медицинскую организацию по месту диспансерного наблюдения беременной в электронном виде по защищенным каналам связи посредством почтовых адресов @zmail.ztki.

4.1.4. Ежемесячный разбор случаев рождения детей с грубыми пороками развития плода (далее – ПРП), ХА, не выявленными во время беременности и /или выявленными, но родившимися и умершими в течение 1 года жизни, на врачебной комиссии (далее - ВК) с участием специалистов медицинских организаций, принимавших участие в оказании медицинской помощи этим пациенткам.

4.1.5. Ежемесячное предоставление до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, выписок из протоколов заседаний ВК с выводами и предложениями по устранению выявленных недостатков.

4.2. Назначить лицо, ответственное за проведение анализа результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития плода (ХА, ПРП, задержка роста плода), а также риска ПР, ПЭ на территории Воронежской области с предоставлением сводной информации и аналитической справки в департамент здравоохранения Воронежской области ежеквартально до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента Нехаенко Н.Е.

Руководитель департамента



А.В. Щукин

Форма

Направление в отделение (кабинет) антенатальной охраны плода

Стандартный талон-направление в кабинет ПД

Данные о пациентке

(заполняются в женской консультации только печатными буквами)

штрих-код

ФИО беременной: _____	
Дата рождения: _____ число / месяц / год	Контактный тел.: 8(____) _____
Адрес проживания: Нас.пункт _____ Район: _____	
Ул. _____	Д. _____
Страховая компания: _____	№ страхового полиса: _____
Леч. учрежд.: _____	Нас.пункт: _____
ФИО врача: _____	Конт. тел. врача: 8 (____) _____
Рост: _____ см	Вес (кг): _____ Этническая группа: <input type="checkbox"/> белая; <input type="checkbox"/> черная; <input type="checkbox"/> азиатка;
Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребёнка: <input type="checkbox"/> трисомия 21; <input type="checkbox"/> трисомия 18; <input type="checkbox"/> трисомия 13	
Роды предстоят: I (II, III и т.д.) _____	Курение: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет сведений
Сахарный диабет: <input type="checkbox"/> отсутствует; <input type="checkbox"/> тип 1; <input type="checkbox"/> тип 2	Зачатие: <input type="checkbox"/> естественное; <input type="checkbox"/> стимуляция овуляции без ЭК
<input type="checkbox"/> ЭКО; <input type="checkbox"/> инсеминация спермой мужа; <input type="checkbox"/> инсеминация донорская; <input type="checkbox"/> GIFT; <input type="checkbox"/> ICSI	
Преждевременные роды: <input type="checkbox"/> 16-30 нед, <input type="checkbox"/> 31-36 нед, <input type="checkbox"/> после 37 нед	
Хр. гипертензия: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да; СКВ: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да; АФС: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да;	
Преэклампсия в анамнезе: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да; Гипотрофия новорожденного в анамнезе: <input type="checkbox"/> нет; <input type="checkbox"/> да;	

Данные об обследовании
(заполняются в кабинете ПД)

УЗИ:	Дата: _____	Врач УЗД (ФИО): _____	FMF ID: _____
Многоплодная беременность: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет		Количество плодов: _____	
Хориальность: <input type="checkbox"/> монохориальная; <input type="checkbox"/> дихориальная		Амниальность: <input type="checkbox"/> моноамниальная; <input type="checkbox"/> диамниальная	
Плод 1		Плод 2	
КТР: _____ мм	ЧСС: _____ уд/мин	КТР: _____ мм	ЧСС: _____ уд/мин
ТВП: _____ мм		ТВП: _____ мм	
Носовые кости: _____ (N); <input type="checkbox"/> аплазия/гипоплазия		Носовые кости: _____ (N); <input type="checkbox"/> аплазия/гипоплазия	
Пульсат. индекс венозного протока: _____		Пульсат. индекс венозного протока: _____	
Маточные артерии: PI слева _____ (1,02-2,62) PI справа _____		Длина цервикального канала _____ мм	

Эхо-маркеры патологии:		Эхо-маркеры патологии:	
Биохимический скрининг:		Дата взятия крови: _____	
Левая рука		Правая рука	
1) СД	ДД	1) СД	ДД
2) СД	ДД	2) СД	ДД
ФИО и подпись медсестры:			
<i>Примечание: Талон из кабинета ПД передается в лабораторию биохимического скрининга вместе с взятым в процедурном кабинете образцом крови беременной для внесения необходимых данных в расчет индивидуального риска и учета случаев ПД</i>			

Форма

**Протокол скринингового ультразвукового исследования
женщин в 11-14 недель беременности**

Наименование ЛПУ _____
адрес, телефон ЛПУ _____

**Протокол I
УЗИ плода в 11-14 недель беременности**

(разработан в соответствии со схемой ультразвукового обследования беременной женщины, утвержденной приказом Минздрава РФ от 20.10.2020г. №1130)

Марка УЗИ-аппарата: _____ Дата исследования: _____ № исследования _____
Тип датчика: ☐ конвексный; ☐ трансвагинальный

ФИО:

Первый день последней менструации:

Дата рождения:

Срок беременности:

нед.

В полости матки визуализируется: плод Сердцебиение () ЧСС ударов в мин

Фетометрия:

Копчико-теменной размер мм, недель
Бипариетальный размер мм, недель
Окружность головки мм, недель Окружность живота мм, неде.
Бедренная кость справа мм, недель Бедренная кость слева мм, неде.

Толщина воротникового пространства: мм (норма до мм)

Кости носа мм (норма от мм) Кровоток в венозном протоке: PI = ☐ норма, ☐ реверсный

(Примечание: все размеры указываются только в мм, запись «в пределах нормы» недопустима)

Трикуспидальная регургитация: да, нет IV желудочек = мм

Анатомия плода:

Кости свода черепа: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменены
Структуры головного мозга («бабочка»): ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменены
Позвоночник: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменен
Желудок: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ отсутствует; ☐ визуализируется в грудной клетке
Мочевой пузырь: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ увеличен; ☐ отсутствует
Кости конечностей: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменены
Передняя брюшная стенка: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменена
Кишечник: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменен
4-х камерный срез сердца: ☐ без особенностей; ☐ осмотр затруднен; ☐ изменен
Ось сердца позиция размеры

Допплерометрия:

Пульсационный индекс: маточная артерия слева		Норма ()
Пульсационный индекс: маточная артерия справа		Норма ()

Преимущественная локализация хориона: ☐ передняя, ☐ задняя, ☐ правая, ☐ левая
боковая, ☐ дно матки, ☐ область внутреннего зева

Структура хориона: ☐ не изменена/ ☐ изменена

Особенности стенок матки: Цервикометрия мм, внутренний зев закрыт.

Особенности придатков:

Визуализация: ☐ удовлетворительная; ☐ затруднена

Врожденные пороки плода: ☐ не обнаружены/ ☐ обнаружены

УЗ маркеры хромосомной патологии плода: ☐ не обнаружены/ ☐ обнаружены

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Размеры плода соответствуют _____ неделям _____ дней беременности.

Рекомендовано:

Врач Ф.И.О.

подпись

Наименование ЛПУ _____

адрес, телефон ЛПУ _____

Протокол скринингового ультразвукового исследования женщин в 19-21 неделю беременности и в III триместре

(разработан в соответствии со схемой ультразвукового обследования беременной женщины, утвержденной приказом Минздрава РФ от 20.10.2020г. №1130н)

Марка УЗИ-аппарата: _____ Дата исследования: _____ № _____
исследования
Тип датчика: ☐ конвексный; ☐ трансвагинальный

ФИО:

Дата рождения:

Первый день последней менструации: _____ Срок беременности: _____ нед.
В полости матки визуализируется: 1 плод (а), предлежание: ☐ головное; ☐ тазовое; ☐ поперечное

Фетометрия:

Бипариетальный размер:	мм.	неделям	Окружность головы:	мм.	неделям
Лобно-затылочный размер:	мм.	неделям	Окружность живота:	мм.	неделям
Бедренная кость справа:	мм.	неделям	Бедренная кость слева:	мм.	неделям
Кости голени справа:	мм.	неделям	Кости голени слева:	мм.	неделям
Плечевой кости справа:	мм.	неделям	Плечевой кости слева:	мм.	неделям
Костей предплечья справа:	мм.	неделям	Костей предплечья слева:	мм.	неделям

(Примечание: все размеры указываются только в мм, запись «в пределах нормы» недопустима)

Размеры плода ☐ не ☒ пропорциональны; ☐ не ☒ соответствует гестационному сроку.

Предполагаемая масса плода _____ грамм (указать процентиль для данного срока _____)

Анатомия плода:

Боковые желудочки: справа мм, слева мм, Мозжечок: мм Большая цистерна: мм

Полость прозрачной перегородки +/-, срединные структуры +/-.

Лицо: глазницы, носо-губный треугольник, Профиль, Кости носа мм
(норма)

Расположение внутренних органов: Нормальное (situs solitus), Зеркальное (situs inversus), Неопределенное (situs ambiguus)

4-х камерный срез сердца: Срез через 3 сосуда: Ось сердца: ЧСС: _____ уд в мин.

Позвоночник: Желчный пузырь: Желудок: + Почки: _____

Грудная клетка: Легкие: Кишечник: Мочевой пузырь: ЧЛС: _____

Конечности: кисти, стопы

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке: лоцируется

Плацента расположена по ☐ передней, ☐ задней стенке матки, ☐ справа, ☐ слева, ☐ в дне матки,

Нижний край на _____ см. выше внутреннего зева, ☐ в области внутреннего зева. Толщина плаценты:

мм ☐ нормальная; ☐ уменьшена; ☐ увеличена

Структура: ☐ умеренный кальциноз, ☐ выраженный, ☐ расширенное МВП.

Индекс амниотической жидкости . Количество околоплодных вод: ☐ нормальное; ☐ многоводие;

☐ маловодие.

Пуповина имеет _____ сосуда. Место прикрепления к плаценте: (подчеркнуть) центральное, краевое, оболочечное

Шейка матки (цервикометрия): длина мм. Стенки матки: б/о

Допплерометрия:

Пульсационный индекс: арт.пуповины		Норма ()
Пульсационный индекс: маточная артерия слева		Норма ()
Пульсационный индекс: маточная артерия справа		Норма ()

Нарушение фето-плацентарного кровотока: ☐ не обнаружены, ☐ обнаружены

Обвитие: ☐ нет; ☐ однократное; ☐ двукратное

Врожденные пороки плода: ☐ не обнаружены, ☐ обнаружены

УЗ-маркеры хромосомной патологии: укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в сердце, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, умеренный гидронефроз, вентрикуломегалия.

Задержка внутриутробного развития плода: ☐ не выявлена, ☐ по симметричному типу; ☐ по асимметричному типу

Визуализация: ☐ удовлетворительная; ☐ затруднена

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Размеры плода соответствуют _____ нед. _____ дней беременности.

Рекомендовано:

Врач Ф.И.О

Подпись

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

Заместитель руководителя
департамента здравоохранения
Воронежской области

«____»_____ 2021г.



Н.Е. Нехаенко


Начальник отдела оказания
лечебно-профилактической
помощи матерям и детям
департамента здравоохранения
Воронежской области

«____»_____ 2021г.



М.М. Киньшина

Зам

 Начальник отдела
кадровой и правовой работы
департамента здравоохранения
Воронежской области

«____»_____ 2021г.



В.В. Шабачев
В.В. Шабачев

Советник отдела оказания
лечебно-профилактической помощи
матерям и детям департамента
здравоохранения Воронежской области
О.В. Самофалова
212-71-54

