



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от «03» 12 2018г.

№ 646

О порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Костромской области

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 917 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями» и от 01.11.2012 № 572-н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в целях снижения младенческой смертности, предупреждения детской инвалидности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1) Положение о кабинете пренатальной (дородовой) (далее - пренатальной) диагностики нарушений развития ребенка в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу;
- 2) Положение о специалисте кабинета пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в соответствии с приложением №2 к настоящему приказу;
- 3) Перечень кабинетов пренатальной диагностики нарушений развития ребенка для проведения УЗИ исследований в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу;
- 4) Форму талона направления и протоколов ультразвуковых исследований в сроках 11-14 недели, 18-21 и 30-34 недели беременности в соответствии с приложением №4 к настоящему приказу;
- 5) Порядок проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Костромской области и маршрутизация беременных женщин, имеющих врожденные пороки развития плода в соответствии с приложением №5 к настоящему приказу;

6) Положение об областном пренатальном консилиуме в соответствии с приложением №6 к настоящему приказу;

7) Форму «Сигнальная карта о выявленном пороке развития плода у беременной женщины в медицинской организации» (далее - Сигнальная карта) в соответствии с приложением №7 к настоящему приказу;

8) Форму «Мониторинг выявленных пороков развития плода у беременных женщин в медицинских организациях Костромской области» в соответствии с приложением №8 к настоящему приказу.

2. Главному врачу ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» Дубровиной О.Н. обеспечить:

1) своевременное обновление программного обеспечения «Астрайя» и проведение аудита качества ультразвукового исследования в кабинетах пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу беременным женщинам в I триместре беременности;

2) укомплектование кадрами врачей ультразвуковой диагностики кабинета пренатальной диагностики ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

3) проведение ультразвукового исследования, беременным женщинам Костромской области в сроки 11-14, 18-21 неделя беременности врачом специалистом ультразвуковой диагностики, прошедшим специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода и имеющим допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре;

4) проведение ультразвукового исследования беременным женщинам с подозрением на врожденные пороки развития плода при сроке беременности 30-34 недели из закрепленных настоящим приказом округов и муниципальных районов Костромской области;

5) забор образцов крови и проведение биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого при сроке беременности 11-14 недель у беременных женщин, состоящих на учете по беременности в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

6) забор образцов крови у беременных и прием образцов крови из медицинских организаций Костромской области с целью проведения биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного с беременностью и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого при сроке беременности 11-14 недель у беременных женщин, состоящих на учете по беременности в областных государственных медицинских организациях Костромской области и медицинских организациях негосударственной формы собственности;

7) прием образцов крови и проведение биохимического скрининга уровня сывороточных маркеров: плазменного альбумина, ассоциированного

с беременностью и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человеческого при сроке беременности 11-14 недель у беременных женщин, состоящих на учете по беременности в государственных медицинских организациях г. Костромы и медицинских организациях негосударственной формы собственности и заполненным стандартным талоном-направлением в кабинет ПД (данные о пациентке, данные об обследовании, с указанием FMF ID)

8) забор образцов крови и проведение исследования крови беременных женщин при сроке беременности 16-20 недель на альфафетопротеин (далее АФП) и хорионический гонадотропин человеческий (далее ХГЧ) при условии поздней явки беременной женщины для постановки на учет по беременности и отсутствии обследования у беременных женщин, состоящих на учете по беременности в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

9) прием образцов крови и проведение исследования крови беременных женщин при сроке беременности 16-20 недель на альфафетопротеин (далее АФП) и хорионический гонадотропин человеческий (далее ХГЧ) при условии поздней явки беременной женщины и отсутствии обследования в 1 триместре, у беременных женщин, состоящих на учете по беременности в областных государственных медицинских организациях Костромской области и медицинских организациях Костромской области негосударственной формы собственности;

10) передачу результатов скринингового биохимического обследования беременных женщин в женские консультации и акушерско-гинекологические кабинеты медицинских организаций Костромской области государственной и негосударственной формы собственности по месту наблюдения беременной женщины на бумажном носителе;

11) проведение программного комплексного расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией и передачу его результатов в женские консультации и акушерско-гинекологические кабинеты медицинских организаций Костромской области государственной и негосударственной формы собственности по месту наблюдения беременной женщины не позднее 7 рабочих дней после получения результатов комплексного расчета;

12) вызов беременных групп риска и направление их в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» МЗ России для проведения инвазивной диагностики;

13) проведение консультации врача-генетика беременным женщинам с выявленными пороками развития и хромосомными нарушениями у плода;

14) проведение мониторинга выявленных пороков развития плода у беременных женщин в медицинских организациях Костромской области с анализом полученных данных;

15) представление, ежемесячно, до 5 числа месяца, наступившего за отчетным начальнику отдела развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения департамента здравоохранения Костромской

области на адрес электронной почты: detotdel@mail.dzo-kostroma.ru, результатов мониторинга выявленных пороков развития плода у беременных женщин в медицинских организациях Костромской области в соответствии с приложением №8 к настоящему приказу;

16) проведение областного пренатального консилиума в составе: главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии департамента здравоохранения, начальника акушерско-гинекологической службы ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Е.И.Королева», врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача-неонатолога, врача-генетика, с оформлением письменного заключения.

3. Главным врачам ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» Федоренко А.В., ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.» Лебедеву М.А. обеспечить:

1) работу на базе поликлиники (женской консультации) кабинета УЗИ для пренатальной диагностики плода в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу;

2) проведение ультразвукового исследования, беременным женщинам из закрепленных городских округов и муниципальных районов Костромской области в сроки 11-14, 18-21 недели беременности врачом ультразвуковой диагностики, имеющим допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I и II триместре, с оформлением протокола ультразвукового исследования и заполнением стандартного талона направления (данные о пациентке, данные об обследовании, с указанием FMF ID) в соответствии с приложением №4, с последующей доставкой последнего в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

3) направление пациентки с выявленным пороком развития и хромосомными нарушениями у плода, в том числе при отклонении показателей от нормы биохимического скрининга беременных женщин к врачу-генетику ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

4) проведение ультразвукового исследования беременным женщинам с подозрением на врожденные пороки развития плода при сроке беременности 30-34 недели в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу;

5) представление в срок не позднее 3-х дней с момента выявления порока развития плода у беременной женщины «Сигнальной карты» главному врачу ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» на адрес электронной почты: cpsr@lpu.dzo-kostroma.ru в соответствии с приложением №6 к настоящему приказу;

4. Главным врачам медицинских организаций Костромской области обеспечить:

1) проведение ультразвукового исследования при сроке до 8 недель по месту жительства беременным женщинам, состоящим на учете по

беременности в медицинских организациях с целью диагностики развивающейся маточной беременности и уточнения ее срока;

2) направление беременных женщин, состоящих на учете по беременности в сроки 11- 14 недель в кабинеты пренатальной диагностики с результатами ультразвукового исследования, подтверждающего наличие развивающейся маточной беременности, для проведения ультразвукового исследования плода и биохимического скрининга в соответствии с маршрутизацией (приложение №4), с заполненным стандартным талоном-направлением в кабинет ПД(данные о пациентке).

3) забор крови беременным в сроке 11-14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) осуществлять после ультразвукового исследования и заполнения талона - направления в процедурных кабинетах женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетах поликлиник медицинских организаций Костромской области по месту наблюдения беременных женщин с последующей, в 3-х дневный срок, доставкой образцов крови в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

4) направление беременных женщин, состоящих на учете по беременности в сроки 18-21 недель в кабинеты пренатальной диагностики государственных медицинских организаций в соответствии с маршрутизацией (приложение №4);

5) проведение ультразвукового исследования беременным женщинам, состоящим на учете по беременности 30-34 недели беременности в медицинских организациях по месту жительства;

6) своевременное направление врачом акушером-гинекологом беременных женщин на подтверждение выявленного или заподозренного врожденного порока развития и хромосомных нарушений у плода в кабинет пренатальной диагностики в соответствии с маршрутизацией;

7) представление в срок не позднее 3-х дней с момента выявления порока развития плода у беременной женщины «Сигнальной карты» главному врачу ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» на адрес электронной почты: cpsr@lpu.dzo-kostroma.ru в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу.

5. Руководителям медицинских организаций Костромской области негосударственной формы собственности, осуществляющих наблюдение за беременными женщинами обеспечить:

1)направление беременных женщин в сроке 11-14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

2) проведение скринингового ультразвукового исследования плода врачом ультразвуковой диагностики, прошедшим специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода с последующим заполнением стандартного талона-направления в кабинет ПД (данные о пациентке, данные об обследовании с указанием FMF ID) (приложение № 4).

6. Главным врачам ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» О.Н. Дубровиной и ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Е.И.Королева» М.В. Алексееву в срок до 01 января 2019 года провести мероприятия по передаче УЗИ аппарата экспертного класса для проведения скринингового ультразвукового исследования плода в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка».

7. Главным врачам ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» О.Н. Дубровиной и ОГБУЗ «Городская больница г.Костромы» С.С. Савенкову в срок до 01 января 2019 года провести мероприятия по передаче биохимического анализатора Kryptor Plus в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка».

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста по медицинской генетике департамента здравоохранения Костромской области Т.В.Урванцеву и главного внештатного специалиста департамента здравоохранения Костромской области по акушерству и гинекологии М.В.Астахова.

9. Считать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 14.11.2014 года № 699 «О порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских учреждениях здравоохранения Костромской области».

8. Настоящий приказ вступает в силу с 01 января 2019 года.

Исполняющий обязанности
директора департамента



Д.В.Новиков

Положение о кабинете пренатальной диагностики
нарушений развития ребенка

1. Кабинет пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (далее — КПД) организуется на функциональной основе в медицинских учреждениях Костромской области на основании приказа главного врача медицинской организации.

2. Главный врач медицинской организации осуществляет контроль над работой КПД, утверждает его штатное расписание в пределах установленного фонда заработной платы медицинской организации, решает вопросы материального снабжения; обеспечивает своевременное представление в вышестоящие органы текущих и годовых отчетов о работе КПД.

3. Назначение КПД - реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременному дородовому выявлению пороков развития у ребенка, профилактике рождения детей с летальными и тяжелыми пороками развития в Костромской области:

- проведение экспертного пренатального ультразвукового скрининга в сроки 11-14 и 18-21 неделя гестации у беременных женщин, проживающих на территории медицинского округа и закрепленных муниципальных районов области;

- проведение забора крови у беременных женщин в сроки 11-14 недель гестации для биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров хромосомной патологии у плода PAPP-A и В-ХГЧ;

- проведение регистрации, в том числе электронной, беременных женщин, прошедших скрининговое обследование;

- контроль результатов биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров PAPP-A и В-ХГЧ;

- своевременное информирование беременных группы высокого риска с подозрением на нарушения развития ребенка и направление их на консультирование и подтверждающую диагностику в медико-генетическое отделение ОГБУЗ «Центр охраны семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка».

- организационно-методическая и диагностическая работа КПД осуществляется во взаимодействии с медико-генетическим отделением ОГБУЗ «Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»

Положение о специалисте кабинета пренатальной диагностики
нарушений развития ребенка.

1. На должность врача (далее – специалист) окружного кабинета пренатальной диагностики назначается врач, сертифицированный по специальности «Ультразвуковая диагностика», получивший в установленном порядке специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода и имеющий допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре.

2. Основной задачей специалиста кабинета пренатальной ультразвуковой диагностики является реализация мероприятий, направленных на проведение высококвалифицированной пренатальной диагностики нарушений развития плода в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Костромской области.

3. В соответствии с основной задачей специалист окружного кабинета пренатальной диагностики:

- проводит экспертные ультразвуковые исследования на предмет раннего выявления нарушений внутриутробного развития плода, при необходимости, определяет алгоритм дополнительного обследования беременных женщин в специализированных медицинских учреждениях Костромской области;

- оказывает консультативную помощь медицинским организациям Костромской области по вопросам использования ультразвуковых исследований для диагностики внутриутробной патологии плода;

- осуществляет свою деятельность во взаимодействии с главным внештатным специалистом по медицинской генетике департамента здравоохранения Костромской области, в том числе вносит ему предложения по вопросам улучшения работы кабинета пренатальной диагностики;

- осваивает и внедряет в практику новые методики диагностики нарушений развития внутриутробного развития плода;

- ведет медицинскую и другую необходимую документацию, касающуюся количественных и качественных показателей работы кабинета пренатальной диагностики;

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

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

- повышает в установленном порядке свою профессиональную квалификацию.

Приложение № 3
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от 03.12 2018г. № 646

Перечень кабинетов пренатальной диагностики для проведения УЗИ
скрининга нарушений развития ребенка

№ №	Наименование медицинской организации	Режим записи в кабинет ультразвуковой диагностики	Наименование закрепленного городского округа и муниципального района Костромской области	Наименование медицинской организации для проведения биохимическо го скрининга
1	ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»	тел. (4942)31-62-34, запись по телефону с 10ч. до 17ч. ежедневно	г. Буй и Буйский район, г.Галич и Галичский район, г. Мантурово и Мантуровский район, г. Нея и Нейский район, Антроповский, Кадыйский, Кологривский, Макарьевский, Межевской, Островский, Парфеньевский, Солигалический, Судиславский, Сусанинский, Чухломской район г. Волгореченск, г. Нерехта и Нерехтский район, Костромской, Красносельский район	ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»

2	ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» (женская консультация №1, №2, №3)	тел. (4942) 41-73-43 запись по телефону с 8ч. до 19ч. ежедневно	Городской округ г. Кострома (Центральный район г. Костромы, Фабричный район г. Костромы, Заволжский район г. Костромы)	ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»
3	ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.»	тел. (49449) 5-41-81 Запись по телефону с 8ч. до 19ч. ежедневно	г.Шарья и Шарьинский район, Вохомский, Октябрьский, Павинский, Поназыревский, Пыщугский район	ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»

СТАНДАРТНЫЙ ТАЛОН-НАПРАВЛЕНИЕ
ДАННЫЕ О ПАЦИЕНТКЕ
(заполняются в женской консультации)

штрих-код

ФИО беременной:	
Дата рождения:	Номер карты беременной:
Адрес проживания: Улица: _____ Дом: _____ Квартира: _____	
Район:	Нас. пункт:
Телефон:	Профессия:
Номер ТМО: _____	Город: _____ Номер Ж/К: _____
ФИО врача	Конт. тел.:

АНАМНЕЗ:	Первый день последней менструации	Количество родов
Вес (кг)	Этническая группа: <input type="checkbox"/> белая; <input type="checkbox"/> черная; <input type="checkbox"/> азиатка; <input type="checkbox"/> восточная азия; <input type="checkbox"/> другое	
Курение: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет	Индукция овуляции: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет	
Зачатие: <input type="checkbox"/> естественное; <input type="checkbox"/> ЭКО; <input type="checkbox"/> инсеминация спермой мужа; <input type="checkbox"/> инсеминация донорская; <input type="checkbox"/> GIFT; <input type="checkbox"/> ICSI		
если ЭКО, то укажите: <input type="checkbox"/> замороженная яйцеклетка; <input type="checkbox"/> донорская яйцеклетка; <input type="checkbox"/> донорский эмбрион		
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 окружном центре ПД)

УЗИ:	Дата	Номер МО	Врач УЗД (ФИО):
FMF сертификат	FMF ID		
Многоплодная беременность: <input type="checkbox"/> да; <input type="checkbox"/> нет		Количество плодов	
Хориальность: <input type="checkbox"/> монохориальная; <input type="checkbox"/> дихориальная			
КТР (мм) плод 1	ТВП (мм) плод 1	Носовая кость:	
Комментарии (эхо-маркеры патологии):			
КТР (мм) плод 1	ТВП (мм) плод 1	Носовая кость:	
Комментарии (эхо-маркеры патологии):			
КТР (мм) плод 1	ТВП (мм) плод 1	Носовая кость:	
Комментарии (эхо-маркеры патологии):			

Биохимический скрининг :	Дата взятия крови:	Место для наклейки со штрих-кодом
ФИО и подпись медсестры ОК ПД: _____		
Штамп окружного кабинета ПД		М.П. врача ОК ПД
Примечание: Талон из окружного центра ПД передается в лабораторию биохимического скрининга вместе с образцом крови беременной для внесения необходимых данных в расчет индивидуального риска и учета случаев ПД		

**Протокол ультразвукового исследования
в первом (11-13 недель + 6 дней) триместре беременности.**

Название медицинского учреждения _____

Дата исследования _____ № исследования _____

Вид исследования: трансабдоминальный / трансвагинальный

Ф.И.О. _____ Возраст _____

Первый день последней менструации _____

Срок беременности по дате последней менструации _____ недель _____ дней.

В полости матки (не) определяется _____ плод(а)

Копчико-теменной размер _____ мм, (не) соответствует сроку беременности

Сердцебиение плода _____ уд. в минуту, ритмичное

Толщина воротникового пространства (при КТР от 45 до 84 мм) _____ мм

Желточный мешок (не) визуализируется.

Средний внутренний диаметр желточного мешка _____ мм

Анатомия плода:

Кости черепа _____

Сосудистые сплетения и М-эхо головного мозга _____

Носовая кость: (не) визуализируется, _____ длина _____ мм

Передняя брюшная стенка _____

Позвоночник _____

Желудок _____ Мочевой пузырь _____

Кости конечностей _____

Врожденные пороки развития плода: данных не обнаружено

Обнаружено: _____

Ультразвуковые маркеры хромосомных болезней _____

Хорион располагается по _____ стенке матки

с переходом на _____, толщиной _____ мм,

(не) перекрывает область внутреннего маточного зева.

Структура хориона _____

Шейка матки длиной по цервикальному каналу _____ мм,

Цервикальный канал _____ мм

внутренний зев _____ мм

Структура миометрия: _____

Область придатков _____

Особенности _____

Визуализация удовлетворительная / затруднена из-за _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ : _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

**Протокол скринингового ультразвукового исследования
во втором (18 - 21 неделя) триместре беременности**

Название лечебного учреждения _____
Дата исследования _____ № исследования _____
Ф.И.О. _____ Возраст _____
Первый день последней менструации _____
Срок беременности по дате последней менструации _____ недель _____ дней.

Имеется _____ живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании
Сердцебиение плода (ов) _____ уд. в минуту, ритмичное/аритмичное

ФЕТОМЕТРИЯ:

Бипариетальный размер головы _____ мм
Лобно-затылочный размер _____ мм; Окружность головы _____ мм
Окружность живота _____ мм
Длина бедренной кости: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина костей голени: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина плечевой кости: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина костей предплечья: левого _____ мм; правого _____ мм
Размеры плода: соответствуют _____ недель
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Боковые желудочки мозга _____
Полость прозрачной перегородки _____
Мозжечок _____ Большая цистерна _____
Лицевые структуры: профиль _____ Носогубный треугольник _____
Длина костной части спинки носа _____ мм
Глазницы _____ Хрусталики _____
Позвоночник _____ Легкие _____
4х-камерный срез сердца _____ Срез через 3 сосуда _____
Дуга аорты _____
Желудок _____ Желчный пузырь _____
Кишечник _____ Печень _____
Мочевой пузырь _____
Почки _____
Передняя абдоминальная стенка и место прикрепления пуповины _____
Кисти _____ Стопы _____

ПЛАЦЕНТА, ПУПОВИНА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ:

Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева,
по правой/ левой боковой стенке матки, в дне, на _____ мм выше
внутреннего зева, область внутреннего зева _____
Место прикрепления пуповины к плаценте: центральное / боковое на _____ мм от
_____ края / оболочечное к _____ краю
Толщина плаценты: _____ мм нормальная, уменьшена/увеличена.
Структура плаценты _____
Степень зрелости _____, что соответствует/не соответствует сроку беременности
Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие
Индекс амниотической жидкости _____ мм;
Пуповина имеет _____ сосуда

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: данных не обнаружено

Обнаружены: _____

Шейка матки длиной по цервикальному каналу _____ мм,

Цервикальный канал _____ мм

внутренний зев _____ мм

Структура миометрия: _____

Область придатков _____

Особенности _____

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена из-за _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

**Протокол скринингового ультразвукового исследования
в третьем (30 - 34 недели) триместре беременности**

Название медицинского учреждения _____
Дата исследования _____ № исследования _____
Ф.И.О. _____ Возраст _____
Первый день последней менструации _____
Срок беременности по дате последней менструации _____ недель _____ дней.

Имеется _____ живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании
Сердцебиение плода (ов) _____ уд. в минуту, ритмичное/аритмичное

ФЕТОМЕТРИЯ:

Бипариетальный размер головы _____ мм
Лобно-затылочный размер _____ мм; Окружность головы _____ мм
Окружность живота _____ мм
Длина бедренной кости: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина костей голени: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина плечевой кости: левой _____ мм; правой _____ мм
Длина костей предплечья: левого _____ мм; правого _____ мм
Размеры плода: соответствуют _____ недель
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Боковые желудочки мозга _____
Полость прозрачной перегородки _____
Мозжечок _____ Большая цистерна _____
Лицевые структуры: профиль _____ Носогубный треугольник _____
Длина костной части спинки носа _____ мм
Глазницы _____ Хрусталики _____
Позвоночник _____ Легкие _____
4х-камерный срез сердца _____ Срез через 3 сосуда _____
Дуга аорты _____
Желудок _____ Желчный пузырь _____
Кишечник _____ Печень _____
Мочевой пузырь _____
Почки _____
Передняя абдоминальная стенка и место прикрепления пуповины _____
Кисти _____ Стопы _____

ПЛАЦЕНТА, ПУПОВИНА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ:

Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева,
по правой/ левой боковой стенке матки, в дне, на _____ мм выше
внутреннего зева, область внутреннего зева _____
Место прикрепления пуповины к плаценте: центральное / боковое на _____ мм от
_____ края / оболочечное к _____ краю
Толщина плаценты: _____ мм нормальная, уменьшена/увеличена.
Структура плаценты _____
Степень зрелости _____, что соответствует/не соответствует сроку беременности
Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие
Индекс амниотической жидкости _____ мм;
Пуповина имеет _____ сосуда

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: не обнаружены

Обнаружены: _____

Шейка матки длиной по цервикальному каналу _____ мм,

Цервикальный канал _____ мм

внутренний зев _____ мм

Структура миометрия: _____

Область придатков _____

Особенности _____

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена из-за _____

Допплерометрия: ИР артерии пуповины _____,

ИР правой маточной артерии _____,

ИР левой маточной артерии _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача _____ подпись _____

Порядок проведения пренатальной диагностики
нарушений развития ребенка в медицинских организаций
Костромской области
и маршрутизация беременных женщин,
имеющих врожденный порок развития плода

Пренатальная диагностика нарушений развития ребенка включает следующие мероприятия:

1. ультразвуковые исследования в сроке 11-14, 18-21 недели беременным женщинам из прикрепленных территорий в соответствии с приложением №3 проводятся в кабинетах пренатальной диагностики, организованных на базе, ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка», женской консультации №1 ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы», женской консультации ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.».

Ультразвуковые исследования выполняют врачи-специалисты, прошедшие специальную подготовку и имеющие допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре.

Направление беременных женщин в кабинеты пренатальной диагностики из прикрепленных городских округов и муниципальных районов Костромской области осуществляет врач акушер-гинеколог, наблюдающий беременных женщин.

При направлении беременной женщине необходимо иметь:

- 1) направление врача акушера-гинеколога, наблюдающего беременную женщину;
- 2) паспорт и страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования граждан;
- 3) диспансерную книжку беременной;
- 4) протокол ультразвукового исследования до 8 недель беременности, подтверждающий наличие у пациентки развивающейся маточной беременности с уточненным сроком;
- 5) результаты определения уровня биохимических маркеров врожденных пороков развития, хромосомных аномалий и других наследственных заболеваний плода (если таковые проводились при данной беременности): PAPP и бета ХГЧ в 11 - 14 недель.

2. Забор крови беременным в сроке 11-14 недель для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (PAPP-A) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) осуществляется в процедурных кабинетах

женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетах поликлиник медицинских организаций Костромской области по месту наблюдения беременных женщин с последующей, в 3-х дневный срок, доставкой образцов крови в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» для проведения программного комплексного расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

3. ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.» проводит забор крови и проведение скринингового ультразвукового исследования в сроке 11-14 недель у беременных женщин, проживающих в г. Шарье, Шарьинском, Вохомском, Октябрьском, Поназыревском, Павинском, Пыщугском муниципальных районах Костромской области с последующим направлением образцов крови и заполненного стандартного талона (приложением №4) в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» для программного комплексного расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

4. Врач ультразвуковой диагностики, выполняющий скрининговое исследование в кабинете пренатальной диагностики оформляет стандартный талон направление пациентки в соответствии с приложением №4 и отправляет его в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» для программного комплексного расчета индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией.

6. При сроке беременности 18 - 21 неделя пренатальная диагностика осуществляется в кабинетах пренатальной диагностики, организованных на базе, ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка», женской консультации №1, женской консультации №3 ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы», женской консультации ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.» с оформлением протокола ультразвукового исследования (приложение №4).

7. Проведение ультразвукового исследования в 30-34 недели беременности осуществляется врачами ультразвуковой диагностики в медицинских организациях по месту жительства беременной женщины.

Маршрутизация беременных женщин, у которых выявлен врожденный порок развития плода

1. При подозрении или выявлении ВПР или маркеров ХА (по УЗИ), беременные женщины из городских округов и муниципальных районов Костромской области направляются к врачу генетику в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» для медико-генетического консультирования, с последующим проведением областного пренатального консилиума.

2. При наличии у плода ВПР, несовместимого с жизнью, или наличии сочетанных пороков с неблагоприятным исходом, беременной женщине рекомендуется прерывание беременности по медицинским показаниям.

3. После информирования беременная женщина принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

4. При диагностировании хромосомной патологии, ВПР, несовместимых с жизнью новорожденного, беременные информируются об исходе беременности и направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 недель беременности в гинекологическое отделение ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.», ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы», ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.», ОГБУЗ «Галичская окружная больница» в соответствии с регистрацией проживания.

5. При отказе женщины прервать беременность из-за наличия ВПР у плода, несовместимых с жизнью, беременность ведется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период.

Акушерский стационар для родоразрешения определяется наличием экстрагенитальной патологии у беременной женщины и особенностями течения беременности.

6. При отсутствии экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, при наличии ВПР, несовместимого с жизнью ребенка (анэнцефалия, наружная гидроцефалия при отсутствии мозгового вещества, агенезия почек, множественные пороки развития), родоразрешение проводится в акушерском стационаре в соответствии с утвержденными листами маршрутизации беременных женщин и рожениц.

7. При поздней в 30-34 недели диагностике ВПР у плода беременные женщины-жительницы городских округов и муниципальных районов Костромской области направляются в акушерский стационар ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.», проведения пренатального консилиума, определения тактики ведения беременности и акушерского стационара для родоразрешения.

8. При ухудшении состояния плода, развитии плацентарной недостаточности, беременная госпитализируется в отделение патологии беременности акушерских стационаров II-III группы (при ВПР у плода совместимых с жизнью - в ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Минздрава России (по согласованию)).

9. При досрочном родоразрешении (с 22 недель беременности и массе плода 500г и более) проводится верификация диагноза и последующее медико-генетическое консультирование в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» с целью определения дальнейшего прогноза для деторождения.

10. При диагностике и подтверждении врожденного порока сердца у плода, беременная женщина до 35 недель беременности направляется в Перинатальный кардиологический центр НЦ СХХ им. А.Н. Бакулева РАМН г. Москва для подтверждения врожденного порока сердца у плода.

11. При диагностике ВПР плода, требующих хирургического лечения, родоразрешение беременных женщин проводится в учреждениях III группы.

12. Каждый случай рождения ребёнка с ВПР, не диагностированного при УЗИ, подлежит анализу и разбору на ВК медицинской организации.

13. Каждый случай поздней диагностики ВПР после 22 недель гестации, несвоевременного направления на пренатальный консилиум в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» подлежит анализу и разбору на ВК медицинской организации с последующим направлением в 7-дневный срок протокола разбора.

Положение об областном пренатальном консилиуме

1. Областной пренатальный консилиум функционирует на базе ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка».

2. Областной пренатальный консилиум в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, департамента здравоохранения Костромской области и настоящим Положением.

3. Цели работы областного пренатального консилиума:

1) совершенствование перинатальной помощи, преемственности ее оказания беременным с врожденными пороками развития плода и другими патологическими состояниями плода;

2) снижение перинатальных потерь, младенческой и детской заболеваемости, смертности и инвалидности;

4. Задачи областного пренатального консилиума:

1) экспертная диагностика патологии плода;

2) определение степени тяжести поражения;

3) определение прогноза для жизни и здоровья будущего ребенка;

4) решение вопроса о целесообразности пролонгирования и тактике ведения беременности, сроках и месте родоразрешения;

5) предоставление беременной женщине (родителям) информации о характере патологического процесса, возможности и вариантах коррекции порока, прогнозе, предпочтительной тактике ведения беременности, времени и месте родов.

4. Состав перинатального консилиума:

председатель - главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии департамента здравоохранения Костромской области.

Члены консилиума:

1) начальник акушерско-гинекологической службы ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.».

Примечание: выполняет обязанности председателя консилиума на время отсутствия главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии департамента здравоохранения Костромской области;

2) главный внештатный неонатолог департамента здравоохранения Костромской области;

Примечание: на время его отсутствия - заведующая отделением новорожденных акушерского стационара ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.».

3) главный внештатный специалист по медицинской генетике департамента здравоохранения Костромской области;

4) врач ультразвуковой диагностики;

5) специалисты по профилю выявленной патологии у плода (детский хирург, уролог, нейрохирург, невропатолог, кардиолог);

В случае невозможности присутствия на консилиуме постоянных его членов или председателя, консилиум проводится с участием других специалистов соответствующего профиля.

5. Показания к направлению на Пренатальный консилиум:

1) выявленные пороки и аномалии развития у плода или подозрение на их наличие;

2) неиммунная водянка плода;

3) иммуно-конфликтная беременность;

4) фето-фетальный трансфузионный синдром;

5) гибель одного плода при многоплодной беременности;

6) для решения вопроса о проведении инвазивных методов диагностики и лечения (за исключением случаев высокого риска рождения ребенка с хромосомной патологией, полученных при программном расчете по результатам комплексного исследования в 11-14 недель).

6. Время работы, порядок направления на пренатальный консилиум и взаимодействие:

1) пренатальный консилиум собирается еженедельно по четвергам, время работы с 14.30 до 16.00;

2) место проведения – ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» по адресу: г. Кострома, ул. Свердлова, д.12, телефон для записи (4942) 31-42-49.

При записи необходимо сообщить диагноз, с которым беременная женщина направляется на пренатальный консилиум.

3) при наличии показаний для консультации пренатальным консилиумом (п. 5) лечащий врач акушер-гинеколог, наблюдающий беременную, выдает направление, содержащее информацию о сроке беременности и диагнозе – состоянии плода, которое необходимо исключить или подтвердить на консилиуме.

4) документы, которые необходимо иметь беременной женщине на пренатальном консилиуме:

- направление лечащего врача акушера-гинеколога,

- диспансерная книжка с ультразвуковыми исследованиями плода,

- страховой медицинский полис,

- личный паспорт.

5) пренатальный консилиум выдает лечащему врачу заключение, содержащее результат проведенного ультразвукового исследования и рекомендации по ведению беременности, о необходимости госпитализации, о месте родоразрешения или о целесообразности прерывания беременности. Заключение пренатального консилиума должно находиться в диспансерной книжке беременной женщины (ксерокопия – в индивидуальной карте беременной и родильницы).

6) в случае принятия беременной женщиной решения о прерывании беременности (на основании рекомендации пренатального консилиума) она с заключением пренатального консилиума направляется в ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница им. Королева Е.И.», ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы», ОГБУЗ «Галичская окружная больница», ОГБУЗ «Шарьинская окружная больница им. Каверина В.Ф.» в соответствии с листами маршрутизации и зависимости от срока беременности (в гинекологическое или акушерское отделение).

При наличии антенатальной гибели плода и сроке беременности более 22 недель родоразрешение производится по месту жительства беременной женщины с обязательным патологоанатомическим исследованием плода;

7) данные о выявленных (подтвержденных) пороках развития передаются в медико-генетическое отделение ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка»;

8) заключение пренатального консилиума является обязательным для выполнения лечащим врачом.

7. Документация областного пренатального консилиума:

1) заключение специалистов областного пренатального консилиума оформляется протоколом с выдачей последнего на руки беременной женщине;

2) журнал областного пренатального консилиума в котором указываются: фамилия, имя, отчество беременной; медицинская организация, направившая беременную; диагноз; рекомендации по дальнейшей тактике ведения беременной, родоразрешению.

Приложение № 7
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от 03.12 2018г. № 646

Сигнальная карта о выявленном пороке развития плода у беременной женщины
в медицинской организации Костромской области
(направляется женской консультацией в ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области
«Центр матери и ребенка»)

№	Идентификационный номер пациентки в программе мониторинга беременных женщин	Срок беременности, акушерский диагноз	Наименование медицинской организации, наблюдающей беременную женщину	Наименование медицинской организации, где выявлен ВПР плода при УЗД	ВПР плода (какой)
1.					

Исполнитель: _____ (Ф.И.О.)

тел. _____

Приложение № 8
к приказу
департамента здравоохранения
Костромской области
от 02/12 2018г. № 69/С

Мониторинг выявленных пороков развития плода у беременных женщин
в медицинских организациях Костромской области
(ежемесячно направляется из ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области «Центр матери и ребенка» в отдел развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения департамента здравоохранения Костромской области)

№	Идентификационный номер пациентки в программе мониторинга беременных женщин	Срок беременности, акушерский диагноз	Наименование медицинской организации, наблюдающей беременную женщину	Наименование медицинской организации, где выявлен ВПР плода при УЗИ	ВПР плода (какой)
1.					
2.					

Главный врач
ОГБУЗ Центр охраны здоровья семьи и репродукции Костромской области
«Центр матери и ребенка» _____ тел. _____