



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания . . . . .	6
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	9
Важно для понимания (вместо предисловия) . . . . .	12
<b>ГЛАВА I. Организация работы женской консультации . . . . .</b>	<b>15</b>
Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь . . . . .	15
Профилактическая работа врача — акушера-гинеколога женской консультации . . . . .	25
Диспансеризация женского населения . . . . .	27
Организация работы женской консультации с беременными . . . . .	28
Гинекологическая помощь в женской консультации . . . . .	60
Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, проживающим в сельской местности . . . . .	62
Выдача листков нетрудоспособности . . . . .	65
Организация и оказание медицинской помощи беременным и родильницам в условиях эпидемии/пандемии (на примере коронавирусной инфекции COVID-19) . . . . .	65
<b>ГЛАВА II. Профилактическая деятельность женской консультации . . . . .</b>	<b>80</b>
Цитологический скрининг . . . . .	89
Профилактика рака шейки матки (Всемирная организация здравоохранения, 2014) . . . . .	95
Тестирование на вирус папилломы человека . . . . .	95
Маммологический скрининг . . . . .	98
<b>ГЛАВА III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности . . . . .</b>	<b>105</b>
Бактериальный вагиноз . . . . .	107
Вульвовагинальный кандидоз . . . . .	111
Вульвовагинальный кандидоз во время беременности . . . . .	116
Аэробный вагинит . . . . .	117
Трихомониаз . . . . .	121
Инфекции, ассоциированные с условно-патогенными генитальными микоплазмами . . . . .	123
<b>ГЛАВА IV. Акушерская помощь в женской консультации . . . . .</b>	<b>127</b>
Наблюдение беременных . . . . .	127
Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам . . . . .	139
Нормализация рациона . . . . .	145
Выделение и диспансерное наблюдение беременных в группах повышенного риска . . . . .	147
Стратификация беременных по степени акушерского риска . . . . .	151

Неразвивающаяся беременность . . . . .	173
Группа риска возникновения изоиммунного конфликта между организмом матери и плодом . . . . .	182
Группа повышенного риска невынашивания в связи с антифосфолипидным синдромом . . . . .	188
Группа риска кровотечения во II и III триместрах . . . . .	191
Группа риска возникновения анемии . . . . .	195
Группа риска возникновения коагулопатий . . . . .	206
Беременные с тазовым предлежанием и неправильным положением плода . . . . .	206
Беременные, перенесшие операции на матке . . . . .	208
Группа риска возникновения гнойно-септических осложнений . . . . .	210
Группа беременных с отягощенной наследственностью . . . . .	213
Группа женщин с отягощенным акушерским анамнезом . . . . .	214
Группа риска возникновения и развития экстрагенитальных заболеваний . . . . .	214
Беременность при сердечно-сосудистых заболеваниях . . . . .	216
Пороки сердца . . . . .	217
Беременность при заболеваниях почек . . . . .	223
Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта . . . . .	228
Сахарный диабет и беременность . . . . .	231
Беременность и офтальмологические осложнения . . . . .	238
Беременность и заболевания органов дыхания . . . . .	239
Генитальный герпес . . . . .	242
<b>ГЛАВА V. Гинекологическая помощь в женской консультации . . . . .</b>	<b>246</b>
Гинекологическое обследование . . . . .	246
Антропометрические данные . . . . .	255
Лабораторная диагностика возбудителей воспалительных заболеваний половых органов . . . . .	264
Принципы амбулаторного лечения гинекологических заболеваний . . . . .	271
Лечение основных гинекологических заболеваний . . . . .	272
Эндометриоз . . . . .	284
Миома матки . . . . .	299
Внематочная беременность . . . . .	304
Гиперпластические процессы эндометрия . . . . .	310
Расстройства менструации . . . . .	321
Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников . . . . .	351
Заболевания шейки матки . . . . .	359
Планирование семьи. Контрацепция . . . . .	369
Бесплодный брак . . . . .	381

---

Менопауза и климактерическое состояние у женщин . . . . .	394
Отбор и направление больных с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение . . . . .	413
<b>ГЛАВА VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре . . . . .</b>	<b>415</b>
Профилактические и оздоровительные мероприятия во время беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности. . . . .	419
Хирургическая помощь в женской консультации . . . . .	427
Гистеросальпингография . . . . .	449
Соногистерография . . . . .	454
Прерывание беременности в условиях дневного стационара . . . . .	457
Введение и удаление внутриматочных контрацептивов . . . . .	460
<b>ГЛАВА VII. Экспертиза временной нетрудоспособности . . . . .</b>	<b>466</b>
Правила оформления и выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам . . . . .	470
Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности в случаях прерывания беременности. . . . .	473
Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности при гинекологических заболеваниях и осложнениях беременности. . . . .	474
Заполнение листка нетрудоспособности . . . . .	474
<b>ГЛАВА VIII. Юридическая ответственность врача . . . . .</b>	<b>484</b>
Приложения. . . . .	497
Предметный указатель . . . . .	563

# ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

---

## АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медико-санитарная помощь является основным звеном системы здравоохранения. В этом звене оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи возложено на принципиально отличную от всех остальных, созданную в советские годы специально для оздоровления женщин и их потомства, не имеющую аналогов в мире организацию, названную ЖК, — лечебно-профилактическое учреждение, **обеспечивающее** охрану **репродуктивного здоровья** женского населения. Работа врачей ЖК с использованием современных медицинских технологий показала высокую эффективность, прежде всего в снижении **материнской смертности** благодаря профилактике осложнений беременности, родов и послеродового периода, наблюдению и лечению гинекологических больных, работе по вопросам планирования семьи. Не достигнуты желаемые результаты в снижении онкогинекологической заболеваемости: РМЖ, тела и шейки матки, яичников. Не до конца реализованы возможности ЖК в снижении перинатальной заболеваемости и смертности плодов и новорожденных, лечении бесплодного брака. Недостаточно внедряются технологии выявления и своевременного лечения пролапсов половых органов, сексуальных дисфункций, профилактики аборт (любая контрацепция лучше даже медикаментозного аборта), менопаузальных расстройств.

Основные задачи первичной медико-санитарной помощи женскому населению — профилактика, раннее выявление и лечение гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое просвещение, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

Радикально переоснащенные в конце XX — начале XXI в. ЖК и дневные стационары при них становятся основными учреждениями медицинских организаций для всех видов гинекологической помощи, ориентированной на профилактику и диагностику нарушений репродуктивного здоровья женщин, онкологических и гинекологических заболеваний, нарушений в климактерии и их осложнений.

Мощность ЖК определяется числом врачебных участков, которые создаются в соответствии с численностью **женского населения территории** обслуживания.

В настоящее время амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь на территории Российской Федерации осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология [за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий]”» (далее приказ № 572н).

Большинство ЖК в настоящее время представляют собой функциональные структурные подразделения центральных районных больниц (ЦРБ), крупных поликлиник, родильных домов в составе многопрофильных больниц, перинатальных центров и других медицинских организаций, находятся в их административном подчинении. Число самостоятельных ЖК из года в год сокращается в связи с их маломощностью.

Работа ЖК строится по **территориально-участковому принципу**. Один акушерский участок включает территориально приблизительно два терапевтических участка. По ранее используемым нормативным документам участок определялся числом лиц женского пола — 4000–4500 чел., в том числе старше 15 лет — 3000–3500 чел., женщин детородного возраста (15–49 лет) — 2100–2300 чел. В настоящее время структура и штатная численность ЖК устанавливаются в зависимости от численности обслуживаемого населения, объема работы, с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение № 2 к приказу № 572н) и определяется из расчета одна должность врача на 2200 чел. женского населения.

Обслуживают акушерский участок акушер-гинеколог и акушерка, знающие границы и особенности своего участка, его производственную, социально-гигиеническую и демографическую характеристику, численность и плотность населения, возрастной и социальный состав женщин, состояние их репродуктивного здоровья.

В настоящее время в силу разных причин, в том числе экономических (*оплата числа посещений*), недостаточно используется законная

система диспансерного наблюдения здоровых беременных квалифицированными, подготовленными к этой работе акушерками. Среди других специальностей среднего медицинского образования специальность «акушерка» считается элитной. Акушерка подготовлена для самостоятельной работы (ФАП) и может часть работы врача — акушера-гинеколога взять на себя, в том числе в ЖК наблюдать здоровых пациенток. Эта широко применяющаяся система оказания помощи акушерками в ФАП дает хорошие результаты и способствует снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Организацию амбулаторной помощи в сельском районе осуществляет заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи (материнству и детству), используя при необходимости выездные формы работы. Успех достигается теми ФАП, где выделена должность (ставка) акушерки. К сожалению, совмещение должности акушерки на **0,5 ставки фельдшером не обеспечивает** ни полноценного диспансерного наблюдения беременных, ни профилактической работы с женским населением (например, онкопрофосмотры).

## ПАСПОРТ УЧАСТКА

**В нем должны быть следующие разделы.**

**Характеристика врачебного участка.**

- Ф.И.О. участкового врача — акушера-гинеколога и акушерки.
- **План территории.** Описание участка обслуживания (улицы, номера домов).
- Участками каких поликлиник является акушерско-гинекологический участок, номер участка в поликлинике.
- **Население территории.**

**Характеристика прикрепленного женского населения.**

- Численность женского населения [прикрепленного согласно приказу Министерства здравоохранения (МЗ) и СР от 26.04.2012 № 406н].
- Численность женского населения фертильного возраста.
- Список пациенток репродуктивного возраста, страдающих тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (указывается диагноз, адрес).
- Список пациенток репродуктивного возраста — инвалидов.
- Списки женщин, работающих на прикрепленных к ЖК промышленных предприятиях (в случае наличия на территории обслуживания ЖК), в том числе с вредными условиями труда.

- Списки подростков с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, переданные из детской поликлиники (при достижении ими возраста 18 лет). Списки следует получить из территориальной детской поликлиники при передаче девушек из педиатрической во взрослую сеть.
- Списки женщин с выявленными гинекологическими заболеваниями, болезнями молочных желез, переданные из смотрового кабинета территориальной поликлиники, к которой относится данный участок.

Прием в ЖК проводится ежедневно в удобное для женского населения территории обслуживания время, обычно каждый врач имеет одинаковое число утренних и вечерних приемов.

Посещаемость ЖК — важный показатель, характеризующий деятельность амбулаторно-поликлинической службы. Учету как посещения подлежат обращения пациенток в связи с заболеванием, с профилактической целью, за получением справки о состоянии здоровья и по другим поводам. Профилактические осмотры включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах ЖК или непосредственно на прикрепленных предприятиях (если таковые имеются). Учет посещений консультации осуществляется в настоящее время по документу 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и журналу ежедневного приема.

В регистратуре ЖК должна быть четкая наглядная информация, продублированная в используемых местным населением средствах массовой информации и социальных сетях: часы работы ЖК, включая субботние и предпраздничные дни; границы участков, расписание работы врачей (акушеров-гинекологов и специалистов), лечебных и диагностических кабинетов [ультразвукового исследования (УЗИ), маммографии; при их отсутствии в ЖК — адрес, схема проезда и часы работы], расписание занятий в школе материнства и по физиопсихопрофилактической подготовке к родам.

При приеме женщин основную помощь врачу оказывает акушерка: готовит медицинскую документацию и инструменты к приему, взвешивает беременных, измеряет артериальное давление (АД), оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, готовит и заполняет необходимые медицинские документы, обменную карту, выполняет лечебные процедуры по назначению врача, осуществляет патронаж на дому, заполняет журналы, ведет форму № 30 диспансерной группы гинекологических больных и др.



Врач участка, кроме того что ведет прием в ЖК, оказывает помощь на дому, осуществляет активный *патронаж*. Именно поэтому ему выделяется ежедневно время для работы с документацией, профилактической работы и помощи женщинам на дому.

Таким образом, имеют место различные виды работ, выполняемых врачом — акушером-гинекологом:

- прием в ЖК;
- посещения на дому;
- санитарно-просветительные и другие профилактические мероприятия.

Патронажная работа акушерки заключается в посещении беременных, родильниц и гинекологических больных самостоятельно или по указанию врача, для того чтобы:

- ознакомиться с жилищно-бытовыми условиями женщины;
- проконтролировать правильность выполнения назначений врача и соблюдение рекомендованного режима;
- установить состояние здоровья женщин, не явившихся на прием к врачу или не госпитализированных по направлению врача в стационар;
- вызвать пациентку на прием к врачу;
- провести беседу с пациенткой, с родственниками на различные темы в рамках профилактической и лечебной помощи.

В ЖК, объединенных со стационаром, ранее широко использовалась **система чередования** акушеров-гинекологов, при которой врач работал в ЖК, затем переводился для работы в стационар (родильное и гинекологическое отделения) и обратно в ЖК. При этом практиковалось закрепление за одним участком *двух* врачей, заменяющих друг друга в консультации и в стационаре и хорошо знающих свой участок. В настоящее время в силу ряда преодолимых при желании административных барьеров эта система ротации врачей — акушеров-гинекологов практически разрушилась, но понимание **единого функционала** и грядущие аккредитации по специальности «акушерство и гинекология» приведут к закономерному восстановлению этой мудрой, соответствующей мировым представлениям системе, обеспечивающей профессиональную полноценность каждого акушера-гинеколога.

Система чередования и привлечения работающих в ЖК врачей к дежурствам в акушерско-гинекологическом стационаре, их участие и в теоретических, и в клиничко-анатомических конференциях способствует профессиональному совершенствованию врача — акушера-гинеколога.

Ранее в регионах организовывались так называемые базовые ЖК, которые, помимо обычной работы, выполняли функцию консультативного центра амбулаторной специализированной акушерско-гинекологической помощи:

- лечение гинекологических заболеваний в детском возрасте;
- бесплодный брак;
- невынашивание беременности;
- болезни шейки матки и другие, для чего выделялись специальные кабинеты.

К настоящему времени их консультативные функции на подавляющем большинстве территорий страны в основном переданы **консультативно-диагностическим отделениям перинатальных центров.**

**В Правилах организации деятельности ЖК** говорится следующее.

ЖК создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях.

Структура и штатная численность ЖК устанавливаются в зависимости от объема проводимой работы и численности обслуживаемого населения, с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению № 2 к Порядку (приказ № 572н).

Оснащение ЖК осуществляется в соответствии со стандартом оснащения согласно приложению № 3 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

На должность главного врача (заведующего) ЖК — врача — акушера-гинеколога назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения (Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н).

На должности врачей ЖК назначаются специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения. На должности медицинских работников со средним медицинским образованием ЖК назначаются специалисты, соответствующие указанным Квалификационным характеристикам.

ЖК может использоваться в качестве клинической базы образовательных учреждений среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

В целях оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране и укреплению репродуктивного здоровья, профилактике аборт, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний **ЖК сегодня осуществляет следующие функции:**

- диспансерное наблюдение беременных, в том числе **выделение женщин групп риска** в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- направление беременных в медицинские организации, осуществляющие **пренатальную** диагностику, в целях обследования на наличие хромосомных нарушений и врожденных аномалий (пороков развития) у плода;
- выявление, установление медицинских показаний и направление беременных, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;
- патронаж беременных и родильниц;
- консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;
- профилактические осмотры женского населения в целях раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, включая болезни **молочных желез**;
- обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе *в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях*;
- диспансерное наблюдение гинекологических больных, в том числе девочек;
- установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных и пациенток, в том числе девочек, с гинекологическими заболеваниями;
- прерывание беременности в ранние сроки, а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (медикаментозный аборт, вакуум-аспирация; гистероскопия, радиоволновая и лазерная хирургия);
- взаимодействие в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между ЖК и другими медицинскими организациями (медико-генетическими центрами

(консультациями), кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации;

- клинико-экспертная оценка качества оказания медицинской помощи женщинам вне беременности, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
- экспертиза временной нетрудоспособности по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями, выдача листков нетрудоспособности женщинам по беременности, родам в связи с гинекологическими заболеваниями в установленном порядке, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу (МСЭ) женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- правовая, психологическая и медико-социальная помощь женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- консультации по вопросам психологической, социальной поддержки женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, в том числе в части формирования репродуктивного поведения;
- повышение квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием;
- внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников, предотвращения распространения инфекций;

- мероприятия в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, позитивного родительства, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики врожденной и наследственной патологии у будущего ребенка, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ<sup>1</sup>-инфекции;
- анализ показателей работы ЖК, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

**Основными критериями качества работы ЖК являются:**

- показатель ранней постановки на учет по беременности;
- доля женщин, вставших на учет по беременности, из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;
- частота невынашивания и недонашивания беременности;
- показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
- отсутствие антенатальной гибели плода;
- отсутствие врожденных аномалий развития плода, не выявленных во время беременности;
- разрыв матки вне стационара;
- несвоевременное направление в стационар при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;
- несвоевременное направление в стационар при перенесенной беременности.

ЖК также может входить в структуру перинатального центра. Правила, регулирующие порядок организации деятельности ЖК перинатального центра, определяет приказ № 572н.

**ЖК перинатального центра** включает (табл. 1.1):

- кабинеты врачей — акушеров-гинекологов (консультативные кабинеты для беременных, кабинет невынашивания беременности, кабинеты для супружеских пар с нарушением репродуктивной функции);
- кабинет врача-гинеколога детского и подросткового возраста;
- кабинеты врача-терапевта, врача-невролога, врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-офтальмолога, врача-уролога;
- процедурный кабинет;
- малую операционную.

<sup>1</sup> ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.

Таблица 1.1.

**Женская консультация перинатального центра**

Наименование должностей	Количество должностей
Заведующий консультативно-диагностическим отделением — врач — акушер-гинеколог	1 должность
Заведующий ЖК — врач — акушер-гинеколог	1 должность
Врач — акушер-гинеколог	1 должность: на 2200 женщин детородного возраста обслуживаемого населения; на 10 коек для работы в дневном стационаре
Врач-терапевт	1 должность на 30 тыс. женщин детородного возраста
Старшая акушерка (старшая медицинская сестра)	1 должность
Акушерка	1 должность на каждую должность врача — акушера-гинеколога
Медицинская сестра	1 должность
Медицинская сестра процедурной	1 должность в смену
Операционная медицинская сестра	1 должность в смену
Медицинская сестра-анестезист	1 должность на 1 должность врача — анестезиолога-реаниматолога
Медицинский регистратор	1 должность на 5 должностей врачей-специалистов
Сестра-хозяйка	1 должность
Санитар	1 должность: <ul style="list-style-type: none"> <li>• на 3 должности врачей-специалистов, ведущих консультативный прием;</li> <li>• на каждую должность операционной медицинской сестры и медицинской сестры процедурной;</li> </ul> 2 должности на 1 должность врача в дневном стационаре

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ВРАЧА — АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Врачу ЖК необходимо помнить о непременных препятствиях для полноценного осуществления профилактической работы. А препятствует ему прежде всего легкомысленное отношение российских женщин к своему здоровью: низкая медицинская активность и недоверие к врачам, которое стало считаться в обществе хорошим тоном. Против клинициста работает промискуитет, крайне недостаточный уровень знаний населения о профилактике гинекологической заболеваемости и контрацепции, тотальная анемизация, растущее число женщин, страдающих ожирением, диабетом, гипертонзией и прочее — все это формирует очень низкую степень ответственности самих женщин за сохранение репродуктивного здоровья. Несмотря на укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, хорошую систему профилактических мероприятий, остаются так называемые мелочи, препятствующие полноценным методам скрининга, — отсутствие специальных щеточек для забора биоматериала и конструктивные недоработки — их длина не позволяет достичь внутреннего зева цервикального канала (см. главу II «Профилактическая деятельность женской консультации»).

**Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями** (приложение № 20 к Порядку, приказ № 572н). В обязательный минимум обследований **гинекологических больных (А)** в амбулаторных условиях входит следующее.

- Анамнез.
- Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, **молочных желез** (при отсутствии жалоб — с 25 лет). Исследование при помощи зеркал. Бимануальное влагалищное исследование.
- Кольпоскопия.
- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (Пап-тест).
- УЗИ половых органов (1 раз в год, далее — по показаниям),
- УЗИ молочных желез (1 раз в год, далее — по показаниям). Маммография рентгеновская: в 35–36 лет — первая маммография, в 35–50 лет — 1 раз в 2 года, старше 50 лет — 1 раз в год.



Имеется разночтение в Порядке и приказе № 203н о сроках маммографии (см. раздел о скрининге). Следует выполнять порядок или издать **региональный регламент скрининга на выявление болезней молочных желез**<sup>1</sup>.

В ЖК должна проводиться своевременная диагностика предраковых заболеваний шейки матки (КР «Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиций профилактики рака», 2017) (см. главу II «**Профилактическая деятельность женской консультации**»).

По результатам **профилактических осмотров** женщин в ЖК **формируются группы состояния здоровья** (приказ № 572н).

**I группа** — практически здоровые женщины, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении.

В эту группу относят здоровых пациенток, у которых отсутствуют значимые риски возникновения гинекологических и пролиферативных болезней женской репродуктивной системы.

**II группа** — женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы.

В эту группу относят пациенток, у которых выявлены значимые риски возникновения предраковых состояний женской репродуктивной системы.

**III группа** — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях.

Это основной контингент пациенток ЖК, которым для установления диагноза проводится обследование в амбулаторных условиях.

**IV группа** — женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара.

**V группа** — женщины с впервые выявленными заболеваниями или состоящие на диспансерном учете в связи с хроническими заболеваниями и имеющие показания для высокотехнологичной медицинской помощи.

**Женщинам I и II групп здоровья рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.**

Группы здоровья необходимо отмечать в амбулаторной карте и в журнале ежедневного приема пациенток, **впервые** обратившихся в **данном году** на профилактический осмотр и целевой онкоосмотр,

<sup>1</sup> Далее в тексте такой рамкой и пиктограммой «i» выделена важная информация.



то есть целевые профилактические онкоосмотры должны до конца года быть проведены всем состоящим на учете женщинам.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется **индивидуальная программа лечения**, при необходимости они берутся на диспансерный учет.

После исключения злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез **находятся под диспансерным наблюдением врача — акушера-гинеколога ЖК**, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественных заболеваний молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующего гинекологического заболевания. **Диспансерная группа заболеваний молочных желез должна обязательно быть выделена, оформлена и проконтролирована на каждом участке ЖК.**

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Диспансеризация женского населения, которую проводят в соответствии с приказом МЗ РФ от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Минюст РФ, 2019), является частью программы диспансеризации взрослого населения, проводимой в общеполиклинической сети. Диспансеризация — это **выявление болезней и нарушений и оздоровление** человека. Представляет собой комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации (см. главу II «Профилактическая деятельность женской консультации»).

**Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках государственных и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.** Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации) медицинскими работниками, исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

На своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» они обязаны разместить информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию.

Руководители медицинских организаций являются ответственными за профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию закрепленного населения в соответствии с региональным регламентом медицинской помощи и материально-техническое обеспечение предусмотренных мероприятий.

Для гинекологической службы в рамках работы ЖК — это наличие достаточного количества помещений, зеркал, спецсредств для забора материала (щетки, стекла, контейнеры) и возможности квалифицированного цитологического исследования.

**i**

*За обеспечение врачей условиями и средствами профосмотров (все вышеперечисленное) ответственность лежит на работодателе. При отсутствии указанных условий и средств врач вправе отказаться от действий, не обеспеченных работодателем в требуемом объеме.*

В противном случае он может быть обвинен в ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей.

Фельдшер здравпункта или акушерка ФАП также являются ответственными за профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения фельдшерского участка в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ С БЕРЕМЕННЫМИ

Основной задачей врача ЖК является диспансерное наблюдение беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным в соответствии с принадлежностью к группам риска.

Что такое диспансерное наблюдение?

«**Диспансерное наблюдение** представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, **иными состояниями**, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц,

проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (ч. 5 ст. 46 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ред. от 03.07.2016 № 286-ФЗ).

**Обязательность** диспансерного наблюдения также регламентирована законом: «В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются **обязательными**» (ч. 6 ст. 46 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности регламентирован приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н (ред. от 12.01.2016).

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 ВРТ) и/или акушерскому делу (в ред. приказа Минздрава России от 11.06.2015 № 333н).

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 ФАП (при этом в случае возникновения осложнений 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.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии с Порядком на основе листов маршрутизации с учетом возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальных заболеваниях. Лист маршрутизации для беременных с экстрагенитальными заболеваниями, акушерскими осложнениями, а также для пациенток с выявленными нарушениями

развития плода должен быть разработан органом управления здравоохранением с учетом региональных особенностей и регламентирован соответствующим нормативным документом.

Понятие «ранняя явка» отсутствует в нормативных документах.

Единственный документ, в котором говорится о необходимости регистрации беременных, поступивших под наблюдение ЖК на сроке беременности до 12 нед, является статистическая форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» [заполняется в соответствии с приказом Росстата от 27.11.2015 № 591 (ред. от 24.12.2018) «Об утверждении статистического инструментария для организации МЗ Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»].

В Порядке имеется следующий пункт: «При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом — акушером-гинекологом до 11–12 нед беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности». Логично предположить, что **первая явка в ЖК должна быть ранее 11 нед**. Идеальна ситуация, когда пациентка обращается к специалистам на этапе планирования беременности, к этому следует стремиться, но в настоящее время это встречается крайне редко: только 4% будущих рожениц обращаются к гинекологу для прегравидарной подготовки.



*Фактически только 4% беременных проходят прегравидарную подготовку по обращаемости.*

**Ранняя явка в ЖК** позволяет своевременно диагностировать экстрагенитальные заболевания и решить вопрос о возможности дальнейшего вынашивания беременности, рациональном трудоустройстве, своевременно установить степень риска, а также выработать план ведения беременности и при необходимости успеть реализовать необходимые беременной лечебно-профилактические мероприятия.

Санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением — основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности. Для этого необходимо всеми доступными средствами пропагандировать необходимость прегравидарной подготовки и ранней явки в ЖК, ведь нередко решающая роль в выявлении болезней принадлежит тщательному обследованию беременных именно в консультации. Этот показатель зависит от успешности просвещения в средних и высших учебных заведениях, наличия и эффективности социальной рекламы и от авторитета среди населения конкретного врача участка ЖК, объ-

ема и качества санитарно-просветительной работы. При первом определении срока беременности необходимо согласовать его со сроком, предполагаемым самой женщиной. В случае расхождения вопрос о сроке беременности решается с приоритетом результатов УЗИ в ранние сроки и консультативно с заведующим ЖК или врачебной комиссией. Ранняя явка особенно важна в группах высокого риска. При переводе из одного учреждения в другое обязательно наличие обменной карты. Беременная берется на учет **по месту жительства**, а не по месту прописки. Обязательно наличие сведений о действительном проживании беременной по данному адресу, если адрес прописки (регистрации) и адрес проживания различные. Место жительства уточняется после первого патронажа акушеркой.

Но эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную в необходимом объеме. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска. После первого осмотра следующая явка назначается через 7–10 дней.

К этому времени врач должен располагать заключениями специалистов и результатами обследования.

В соответствии с Порядком 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 ЖК);
- другими врачами-специалистами — по показаниям, с учетом имеющихся и приобретенных заболеваний.

**Комментарий.** В соответствии с КР Российского общества акушеров-гинекологов «Нормальная беременность» (2019) консультация *врача-оториноларинголога не требуется*. Отсутствует регламент и в отношении сроков проведения консультаций; имеется указание, что пациентка должна быть направлена к специалистам (врач-терапевт, стоматолог, офтальмолог) при первом визите. Разумеется, осмотры стоматологом и оториноларингологом должны быть в I и III триместрах, если по состоянию зубов, слизистых полости рта и носоглотки не требуются более частые посещения.

Пациентка группы риска по рождению ребенка с хромосомными или генными аномалиями должна быть при первом визите в ЖК на-

правлена на консультацию к врачу-генетику. Факторами риска рождения ребенка с этими аномалиями являются: *наличие* у хотя бы одного из супругов/партнеров *хромосомных или генных* нарушений, *детей* с хромосомными или генными нарушениями, врожденным пороком развития (ВПР), умственной отсталостью; кровнородственный брак. Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике (см. КР «Нормальная беременность», 2019).

**Скрининговое** УЗИ проводится трехкратно: при сроках беременности 11–14, 18–21 и 30–34 нед.

При сроке беременности 11–14 нед беременная направляется в медицинскую организацию, осуществляющую **экспертный** уровень пренатальной диагностики, для комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей проведение УЗИ врачами-специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск для ультразвукового скрининга в I триместре. На этом же скрининге проводится определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А и свободной  $\beta$ -субъединицы хорионического гонадотропина) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомными аномалиями.

Не рекомендовано направлять беременную на рутинный биохимический скрининг II триместра, который включает исследование хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в крови,  $\alpha$ -фетопротеина в сыворотке крови, неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг).

Биохимический скрининг II триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга I триместра (см. КР «Нормальная беременность», 2019).

При сроке беременности 18–21 нед беременная направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий плода.

При сроке беременности 30–34 нед УЗИ проводится по месту наблюдения беременной.

**Комментарии.** В группе высокого риска позднего выкидыша и преждевременных родов необходимо проводить УЗ-цервикометрию 1 раз в неделю с 15–16-й до 24-й недели [см. КР «Нормальная беременность», 2019, и «Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН)»].

Пациентка группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений должна быть направлена в 18–20 нед на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока (КР «Нормальная беременность», 2019).

УЗИ плода и ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока выполняется в 30–34 нед в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений и при несоответствии высоты дна матки (ВДМ) сроку беременности согласно гравидограмме (КР «Нормальная беременность», 2019).

При установлении у беременной 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 установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования.

В случае пренатального установления в медико-генетической консультации (центре) диагноза «врожденные аномалии (пороки развития) плода» определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом.

В случае постановки диагноза «хромосомные нарушения и врожденные аномалии (пороки развития) 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.

**Комментарии.** Перечень медицинских показаний для искусственно-го прерывания беременности установлен приказом Минздравсоцразвития России (см. приложение 9).

В целях искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 нед беременная направляется в гинекологическое отделение. Прерывание беременности (родоразрешение) в 22 нед и более проводится в условиях акушерского стационара.

При пренатально диагностированных врожденных аномалиях (пороках развития) плода необходим перинатальный консилиум врачей, состоящий из врачей акушера-гинеколога, неонатолога и детского хирурга. Если по заключению перинатального консилиума возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных для родоразрешения осуществляется в акушерские стациона-

ры, перинатальные центры, имеющие отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для 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 врачи акушер-гинеколог, специалист ультразвуковой диагностики, генетик, неонатолог, детский кардиолог и детский хирург. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации беременная по заключению консилиума направляется в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи.

Искусственное прерывание беременности в I триместре проводится следующими методами:

- ручная или электрическая вакуумная аспирация (до 12 нед беременности);
- медикаментозный аборт с применением мифепристона и последующим назначением мизопростола (до 9 нед беременности или 63 дней от первого дня последней нормальной менструации).

Дилатация шейки матки и кюретаж признаны устаревшими методами хирургического аборта и не должны применяться в клинической практике при прерывании беременности до 12 нед (КР «Медикаментозное прерывание беременности», 2015) (см. главу VI «Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре»).

Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям проводится в соответствии с КР МЗ РФ (письмо № 15-4/10/2-7839 от 04.12.2018 «Искусственное прерывание беременности на поздних сроках по медицинским показаниям при наличии аномалий развития плода»). Регламентированы методы прерывания беременности: медикаментозное прерывание беременности или гистеротомия.

Заключение о возможности вынашивания беременности формируется врачом — акушером-гинекологом в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов до 11–12-й недели беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода оформляется врачом — акушером-гинекологом до 22-й недели беременности.

Угрожающий выкидыш — тянущие боли внизу живота и поясничной области, скудные кровяные выделения из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт,



тело матки соответствует сроку беременности. При УЗИ регистрируют сердцебиение плода.

Начавшийся выкидыш — боли и кровяные выделения из влагалища более выражены, цервикальный канал приоткрыт. Необходимо диагностировать следующие акушерские осложнения: отслойку хориона (плаценты), предлежание или низкое расположение хориона (плаценты), кровотечение из второго рога матки при пороках ее развития, гибель одного плодного яйца при многоплодной беременности (КР «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», 2016).

Примерно четверть всех беременностей осложняются кровотечением до 22 нед, из них 12—57% заканчиваются выкидышем. Кровяные выделения из влагалища связаны с повышенным риском потери беременности, но мажущие кровянистые выделения не увеличивают риск выкидыша и, следовательно, не требуют обязательной круглосуточной госпитализации.

Врачи ЖК осуществляют плановое направление в стационар беременных на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, разделяются на **три группы по возможности оказания медицинской помощи:**

- а) первая группа — акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача — акушера-гинеколога, направлять в них можно только беременных, имеющих низкую степень риска:

- экстрагенитальные заболевания у беременной отсутствуют;
- экстрагенитальные заболевания в наличии, но состояние беременной не требует диагностических и лечебных мероприятий по их коррекции;
- осложнения [отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преждевременные роды, задержка роста плода (ЗРП)] при данной беременности отсутствуют;
- определяется плод с массой менее 4000 г в головном предлежании, при нормальных размерах таза матери;
- в анамнезе женщины отсутствует ante-, intra- и ранняя неонатальная смерть;
- отсутствуют осложнения при предыдущих родах, такие как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма новорожденного;

б) вторая группа — акушерские стационары (перинатальные центры, родильные дома, отделения), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных. В эти учреждения направляют пациенток со средним перинатальным риском, к которому относятся беременные со следующими заболеваниями и осложнениями беременности:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- переносимая беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I–II степени;
- тазовое предлежание плода;
- низкая плацентация после 34 нед;
- мертворождение в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона;
- многоводие;
- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33–36 нед, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);
- ЗРП I–II степени;

в) третья А группа (для беременных с высоким риском): акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации

и интенсивной терапии для новорожденных, а также II этап выхаживания, акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами.

#### **Критерии для направления беременных в акушерские стационары третьей А группы:**

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 нед, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;
- предлежание плаценты после 34 нед;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия (ПЭ), эклампсия;
- холестаза, гепатоз беременных;
- в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке с признаками несостоятельности после кесарева сечения, консервативной миомэктомии или перфорации матки;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III–IV степени при предыдущих родах;
- ЗРП II–III степени;
- изоиммунизация при беременности;
- наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- выраженное многоводие и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы [ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия (АГ)];
- тромбозы, тромбозмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или АГ, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);
- эндокринные заболевания [сахарный диабет (СД) любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность];
- заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

г) третья Б группа — акушерские стационары, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам и новорожденным, обладающие новыми методами диагностики и лечения акушерских, гинекологических и неонатальных заболеваний.

*В них направляются беременные высокого риска, нуждающиеся в высокотехнологичной, специализированной помощи или инновационных методах лечения.*

При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная 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 необходимости **родоразрешение проводится в профильном отделении** (приказ № 572н).

При наличии акушерских осложнений беременная направляется в акушерский стационар.