



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

25 ЯНВ 2016

ПРИКАЗ

№ 72-П

г. Екатеринбург

О порядке проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка на территории Свердловской области

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и в целях совершенствования пренатальной диагностики нарушений развития ребенка и обеспечения контроля объема диагностических исследований по проведению сплошной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка на территории Свердловской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1) порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка на территории Свердловской области (приложение № 1);
- 2) порядок работы МКПД в сетевом программном комплексе «Астрайя» (приложение № 2);
- 3) положение о межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка (приложение № 3);
- 4) форму протоколов экспертного ультразвукового исследования (приложение № 4);
- 5) положение о специалисте межмуниципального кабинета пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребёнка в Свердловской области (приложение № 5);
- 6) алгоритм пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в Свердловской области (приложение № 6);
- 7) форму направления в межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (приложение № 7);
- 8) порядок проведения пренатального консилиума при выявленных нарушениях развития ребенка (приложение № 8);
- 9) порядок оказания помощи беременным женщинам с пренатально диагностированными врожденными пороками развития ребенка, при которых может потребоваться экстренная и отсроченная хирургическая помощь в неонатальном периоде (приложение № 9);
- 10) перечень мероприятий, проводимых в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения по первичной профилактике

врожденных нарушений развития ребенка на этапе планирования и вынашивания женщиной беременности (приложение № 10);

11) форму отчёта о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребёнка в межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики (приложение № 11);

12) правила забора и транспортировки крови при обследовании беременных на сывороточные маркеры РАРР-А и св. β -ХГЧ (приложение № 12);

13) показания для проведения комплекса пренатальной диагностики в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» в сроке I, II, III триместра беременности» (приложение № 13);

14) перечень исполнителей (медицинских организаций), коды и объёмы медицинских услуг на проведение сплошной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на амбулаторном этапе у беременных изложить (приложение № 14);

15) форму направления на пренатальный биохимический скрининг по синдрому Дауна (приложение № 15);

16) порядок верификации врожденных пороков развития (ВПР) (приложение № 16);

17) форму направления на патологоанатомическую верификацию врожденных пороков развития плодов до 22 недель гестации (приложение № 17);

18) порядок обследования детей, родившихся с подозрением на синдром Дауна (приложение №18);

19) форму направления на кариотип крови ребенка с подозрением на синдром Дауна (приложение №19).

2. Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка» (далее - ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»)) Николаевой Е.Б. обеспечить:

1) оказание методической и организационной помощи главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, на базе которых находятся межмуниципальные кабинеты пренатальной диагностики (далее – МКПД) с целью обеспечения эффективной работы МКПД, мониторинга работы МКПД путём проведения видеоконференций в ежемесячном режиме;

2) совершенствование работы программного комплекса «Астрайя» в МКПД области и в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»;

3) своевременное представление ежемесячных (до 5 числа месяца, следующего за отчётным) отчётов о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике в отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу;

4) взаимодействие с ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» и ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро» в части постнатальной верификации врожденных пороков развития;

5) проведение обучающих семинаров по пренатальной диагностике с врачами акушерами-гинекологами женских консультаций, гинекологических отделений, врачами экспертами ультразвуковой диагностики межмуниципальных кабинетов и врачами патологоанатомами;

6) проведение ежеквартальной оценки эффективности пренатальной диагностики по данным регионального мониторинга и регистра плодов и детей с врождёнными пороками развития и хромосомными аномалиями и предоставление в отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области нарастающим итогом к 5 числу месяца, следующим за отчётным кварталом, данных о реализации мероприятий по выявлению врождённой патологии у детей в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения Свердловской области;

7) ежемесячный прием отчетов в виде видеоконференций с привлечением главных врачей медицинских учреждений, руководителей МКПД, заведующих женскими консультациями по согласованию.

3. Рекомендовать руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, на базе которых находятся МКПД:

1) взять под личный контроль организацию и проведение ультразвукового скрининга I, II, III триместров беременности в МКПД;

2) ежемесячно осуществлять контроль за наличием сертификата FMF у врачей ультразвуковой диагностики с обязательным регулярным обучением врачей ультразвуковой диагностики, принимающих участие в проведении экспертного ультразвукового исследования в МКПД;

3) совершенствовать проведение пренатальной (дородовой) диагностики беременным в сетевом программном комплексе «Астрайя» с оказанием консультативной помощи в МКПД.

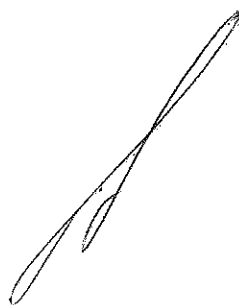
4. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на начальника отдела по организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области Татареву С.В.

5. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловская область» (www.pravo.gov66.ru).

6. Копию настоящего приказа направить в 7-дневный срок в Главное управление Министерства юстиции по Свердловской области.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Жолобову Е.С.

Министр здравоохранения
Свердловской области



А.Р.Белявский

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 янв 2016 г. № 72-н.

Порядок проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на территории Свердловской области

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) скрининговое ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 ÷ 13+6 недель, 18÷21 неделю и 30÷34 недели.

В сроке беременности 11 ÷ 13+6 недель беременная женщина направляется в межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики (далее - МКПД) по месту жительства, осуществляющий экспертный уровень пренатальной диагностики. Для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, включающей УЗИ врачами специалистами, прошедшими специальную подготовку и имеющими допуск на проведение ультразвукового скринингового обследования в I триместре. В процедурном кабинете МКПД проводится забор крови для определения материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина) с последующей логистической доставкой крови в соответствии с установленными правилами в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР». В лаборатории пренатального скрининга ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» проводится расчёт индивидуального риска рождения ребёнка с хромосомной патологией в программе «Астрайя».

В ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» комплекс пренатальной диагностики I триместра проводится в режиме «Клиника одного дня» с расчётом индивидуального риска в программе «Астрайя» консультантами акушерами-гинекологами, ведущими приём, с выдачей заключения в этот же день.

В сроке беременности 18÷21 неделя беременная женщина направляется в МКПД по месту жительства с целью проведения экспертного УЗИ для оценки состояния плода, выявления врожденных пороков развития, оценки длины шейки матки.

В сроке беременности 30÷34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины по протоколу II триместра беременности.

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода (индивидуальный риск 1/100 и выше) в I

триместре беременности и (или) выявлении врождённых аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач-акушер-гинеколог женской консультации направляет её в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» для уточнения и установления пренатального диагноза с использованием инвазивных методов обследования и медико-генетического консультирования.

В случае установления в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» пренатального диагноза врождённых аномалий (пороков развития) у плода определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется пренатальным консилиумом.

Цель проведения пренатального консилиума – уточнение и постановка окончательного пренатального диагноза, определение прогноза для здоровья и жизни будущего ребенка, выбор места родоразрешения и дальнейшей маршрутизации беременной, обсуждение методов лечения и реабилитации, информирование семьи.

Состав пренатального консилиума:

Председатель консилиума:

Татарева Светлана Викторовна	- начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области
---------------------------------	---

Заместитель председателя консилиума:

Николаева Елена Борисовна	- главный врач ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка», главный внештатный специалист по пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Свердловской области
------------------------------	---

Члены консилиума:

Зильбер Наталья Александровна	- главный специалист отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области
Жилин Андрей Владимирович	- заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1»
Баранов Юрий Владимирович	- заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1»
Наумова Оксана Александровна	- врач детский хирург отделения хирургии новорожденных ОДКБ №1
Скоробогатова Ольга Владимировна	- врач – кардиолог ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1», главный детский внештатный кардиолог Министерства здравоохранения Свердловской области

Великанов Игорь Николаевич	- врач-кардиолог ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1»
Севостьянова Ольга Юрьевна	- главный акушер-гинеколог Управления здравоохранения Администрации города Екатеринбурга
Салимова Ирина Викторовна	- заведующая консультативно-диагностической поликлиникой Городского перинатального центра МБУ «Детская городская больница №10»
Перевозкина Ольга Владимировна	- И.о. заведующей консультативно-диагностической поликлиники Городского перинатального центра МБУ «Детская городская больница №10»
Шаманская Елена Феликсовна	- заведующая отделением пренатальной диагностики ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка»
Громова Любовь Михайловна	- врач акушер-гинеколог ГБУЗ СО «Клинико- диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка»
Никитина Наталья Викторовна	- заведующая медико-генетического отделения ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка», врач-генетик
Овсова Ольга Викторовна	- врач-невролог ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка»
Панасюк Людмила Эдуардовна	- врач координатор Центра челюстно-лицевой патологии ГБУЗ СО детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум»
Хамидулина Ольга Николаевна	- травматолог-ортопед ГБУЗ СО детская клиническая больница восстановительного лечения «Научно-практический центр «Бонум»
Казанцев Константин Борисович	- заведующий отделением детской кардиохирургии ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»
Потапов Николай Николаевич	- врач акушер-гинеколог ФГБУ " НИИ охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения российской Федерации"
Мешавкина Татьяна Федоровна	- психолог ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка»

Заседание консилиума проводится еженедельно по вторникам, четвергам в 14-00ч. Допускается проведение консилиума в режиме телемедицинской конференции.

Заключение пренатального консилиума в печатном виде выдаётся пациентке.

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 янв 2016г. № 72-п.

Порядок работы МКПД в сетевом программном комплексе «Астрайя»

Сетевой программный экспертный комплекс «Астрайя» является частью пренатального скрининга и предназначен для:

- 1) расчёта риска хромосомной патологии;
- 2) централизованного контроля качества проведения пренатального скрининга в ежедневном режиме;
- 3) систематизации информации и формирования отчета в установленной форме о результатах пренатального скрининга в Свердловской области для Минздрава России.

Субъектами работы программы являются ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», МКПД, программа Мониторинга беременных Свердловской области.

МКПД:

- 1) подключает рабочие места к программе «Астрайя» в соответствии с количеством централизованно выделенных или самостоятельно приобретенных лицензий;
- 2) вносит в программу «Астрайя» данные акушерского анамнеза в соответствии с бланком направления, прилагаемым к образцу крови;
- 3) вносит в программу «Астрайя» результаты экспертного УЗИ I триместра в соответствии с утвержденным протоколом;
- 4) распечатывает из программы «Астрайя» протокол экспертного УЗИ I триместра;
- 5) своевременно информирует ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» о получении (продлении) сертификата FMF врачом УЗИ для ввода сертификата в программу «Астрайя».

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25.12.2016г. № 42-н.

**Положение
о межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики
нарушений внутриутробного развития ребенка**

1. Межмуниципальный кабинет пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка (далее - МКПД) создается на функциональной основе в лечебно – профилактических учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения Свердловской области на основании приказа главного врача лечебно – профилактического учреждения.

2. Главный врач лечебно – профилактического учреждения осуществляет контроль за работой МКПД, утверждает его штатное расписание в пределах установленного фонда оплаты труда лечебно-профилактического учреждения, решает вопросы материального снабжения; обеспечивает своевременное представление в вышестоящие органы текущих и годовых отчетов о работе МКПД.

3. Выбор лечебно – профилактического учреждения для организации и размещения МКПД определен Министерством здравоохранения Свердловской области с учетом укомплектованности учреждения квалифицированными специалистами ультразвуковой диагностики, прошедшими подготовку по внутриутробному выявлению врожденных пороков развития у ребенка, с учетом оснащения учреждения ультразвуковыми аппаратами и транспортной доступности учреждения для беременных женщин, проживающих в прикрепленных территориях.

4. Назначение МКПД – реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременному пренатальному выявлению пороков развития у ребенка, профилактике рождения детей с летальными и тяжелыми пороками развития в Свердловской области:

1) проведение экспертного пренатального ультразвукового скрининга в сроки 11-14 недель (13 недель и 6 дней) гестации у беременных, проживающих в муниципальном образовании и на прикрепленных территориях, имеющих страховой медицинский полис обязательного страхования, выданный на любой территории Российской Федерации;

2) проведение забора крови у беременных женщин в сроки 11-14 (13 недель и 6 дней) недель гестации для биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров хромосомной патологии у плода PAPP-A и β -ХГЧ;

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

4) доставка образцов крови в лабораторию ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» в сумке холодильнике транспортом ЛПУ, где размещен МКПД, не реже 1 раза в 3 дня с направлением и данными регистрации на электронном носителе;

5) контроль результатов биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров РАРР-А и β -ХГЧ;

6) своевременное информирование беременных группы высокого риска с подозрением на врожденные пороки развития и хромосомной аномалии у плода и направление на консультирование и подтверждающую диагностику в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

5. Организационно – методическая и диагностическая работа МКПД осуществляется во взаимодействии с ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР», лечебно – профилактическими учреждениями, территориальными отделами здравоохранения и Управлением здравоохранения Администрации города Екатеринбурга.

6. Финансирование деятельности МКПД осуществляется за счет средств ОМС и иных источников, не запрещенных законами Российской Федерации.

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 янв 2016 г. № 72-17

Форма

Протоколы экспертного ультразвукового исследования

Название лечебного учреждения, телефон

ПРОТОКОЛ ЭКСПЕРТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (11 ÷ 13+6)

Дата исследования _____ № исследования _____

Ф.И.О. _____ Возраст _____

Первый день последней менструации _____ Срок беременности _____ нед.

Предполагаемая дата родов « _____ » _____ 20 _____ г.

Вид исследования: трансабдоминальный/трансвагинальный

В полости матки визуализируется, не визуализируется _____ плод(а)

Копчиково-теменной размер плода _____ мм, соответствует/не соответствует

менструальному сроку беременности _____

БПР _____ мм, ОГ _____ мм, ОЖ _____ мм, ДБ _____ мм

Частота сердечных сокращений плода _____ ударов в минуту

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Кости свода черепа _____

Структура головного мозга: М-эхо _____ IV желудочек _____

Сосудистые сплетения боковых желудочков _____ полушария мозжечка _____

Позвоночник _____

Четырехкамерный срез сердца _____

Желудок _____ Передняя брюшная стенка _____

Почки _____ Мочевой пузырь (режим ЦДК) _____

Расширение прямой кишки: нет/есть _____

Конечности _____

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ:

Толщина воротникового пространства _____ мм

Кости носа: визуализируются / не визуализируются, длина _____ мм

Кровоток в венозном протоке: PI _____

Желточный мешок: визуализируются / не визуализируются

Средний внутренний диаметр желточного мешка _____ мм

Преимущественная локализация хориона: передняя / задняя / правая / левая боковая стенки / дно матки / область внутреннего зева

Структура хориона: не изменена / изменена _____

Особенности строения стенок и придатков матки _____

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена _____

Особенности: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

ФИО врача, подпись _____

Форма

Название лечебного учреждения, телефон

ПРОТОКОЛ ЭКСПЕРТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (18 ÷ 20+6)

Дата исследования _____ № исследования _____

Ф.И.О. _____ Возраст _____

Первый день последней менструации _____ Срок беременности _____ нед.

Имеется _____ живой (живые) плод(ы) в головном / тазовом предлежании

ФЕТОМЕТРИЯ:

Бипариетальный размер головы _____ мм

Окружность головы _____ мм

Лобно-затылочный размер _____ мм

Окружность живота _____ мм

Длина бедренной кости: левой _____ мм

правой _____ мм

Длина плечевой кости: левой _____ мм

правой _____ мм

Размеры плода: соответствуют _____ нед.

Кости носа: _____ мм

непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности

Боковые желудочки мозга _____

Большая цистерна _____

Мозжечок _____

АНАТОМИЯ ПЛОДА:

Лицевые структуры: профиль _____

Срезы через выходные тракты сердца

Глазницы _____

Желудок _____

Носогубный треугольник _____

Желчный пузырь _____

Позвоночник _____

Кишечник _____

Легкие _____

Почки _____

4-камерный срез сердца _____

Мочевой пузырь _____

Срез через 3 сосуда _____

Кости голени и предплечья _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке _____

ПЛАЦЕНТА, ПУПОВИНА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ:

Плацента расположена по передней стенке, задней стенке матки, больше справа / слева, в дне, на _____ мм выше внутреннего зева, область внутреннего зева

Толщина плаценты: нормальная, уменьшена / увеличена до _____ мм

Структура плаценты _____

Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие / маловодие

Индекс амниотической жидкости _____ см

Пуповина имеет _____ сосуда

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: данных не обнаружено

Обнаружены: _____

ШЕЙКА, СТЕНКИ МАТКИ: особенности строения _____

ДЛИНА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА _____ мм

ОБЛАСТЬ ПРИДАТКОВ _____

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Беременность

недели(ль)

Ф.И.О. врача, подпись _____

Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 января 2016 г. № 72-П.

Положение
о специалисте межмуниципального кабинета пренатальной диагностики
нарушений внутриутробного развития ребёнка в Свердловской области

На должность врача (далее – специалист) межмуниципального кабинета пренатальной диагностики (далее - МКПД) назначаются врачи, сертифицированные по специальности «Ультразвуковая диагностика».

Кандидатура специалиста определяется главным врачом лечебно-профилактического учреждения и согласовывается с ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

Основной задачей специалиста МКПД является реализация мероприятий, направленных на проведение высококвалифицированной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития плода в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения Свердловской области.

В соответствии с основной задачей специалист МКПД:

- проводит экспертные ультразвуковые исследования на предмет раннего выявления нарушений внутриутробного развития плода в сроках скрининга I триместра беременности (11 ÷ 13+6 недель), работает в сетевом программном комплексе «Астрайя», определяет необходимость дополнительного обследования беременных женщин в специализированных медицинских учреждениях Свердловской области, контролирует сроки забора крови на сывороточные маркёры;

- проводит экспертное ультразвуковое исследование в сроках скрининга II триместра беременности (18÷21 неделя) на предмет выявления врождённых пороков развития у плода;

- оказывает консультативную помощь лечебно-профилактическим учреждениям прикрепленных территорий области по вопросам использования ультразвука для диагностики внутриутробной патологии у плода;

- осуществляет свою деятельность во взаимодействии с главным внештатным специалистом по медицинской генетике и пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Свердловской области;

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

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

- повышает в установленном порядке свою профессиональную квалификацию, ежегодно подтверждает сертификат компетенции в измерении толщины воротникового пространства у плода (ТВП) и кости носа (КН);
- принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах по вопросам работы межмуниципального кабинета пренатальной ультразвуковой диагностики.

Алгоритм
пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в Свердловской области

Этапы/уровни пренатальной диагностики нарушений развития ребенка	Сроки проведения исследования	Место проведения исследования	Методы исследования				Пренатальный консилиум
			Экспертное УЗИ	Забор крови для биохимического исследования маркеров ХА	Скрининговое УЗИ	Инвазивная диагностика	
1 этап обследования женщин (межмуниципальный уровень диагностики)	11÷13+6 недель беременности	Межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики	+	+	-	-	-
2 этап обследования женщин (межмуниципальный уровень диагностики)	18-21 недели беременности	Межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики	+	-	-	-	-
3 этап обследования женщин (муниципальный уровень диагностики)	30-34 недели беременности	Кабинеты ультразвуковой диагностики МУ муниципальных образований	-	-	+	-	-
4 этап обследования женщин (межмуниципальный уровень диагностики)	Любые сроки беременности при подозрении на ВПР И ХА у ребенка	ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»	+	+	-	+	+

Форма

Направление

в межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики нарушений развития ребенка
№ _____ место расположения _____

(выдается в женской консультации для обращения беременной в межмуниципальный кабинет
пренатальной диагностики (МКПД) в сроке I триместра беременности 11-14 недель).

МУ, _____ направляющее на _____ обследование (код,
наименование) _____

Данные о пациенте

(заполняются в женской консультации по месту жительства)

Дата посещения МКПД « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО

беременной _____

Дата рождения « ____ » _____ 20 ____ г. Адрес: _____

_____ конт. телефон _____

Данные страхового полиса ОМС:

Номер страхового полиса _____ Код территории _____ Код
СМО _____

Адрес регистрации застрахованного, указанный в страховом полисе
ОМС _____

ФИО врача _____ Конт. тел. врача _____

Данные об обследовании

(заполняются регистратором/медсестрой в МКПД)

УЗИ: Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Врач УЗИД (ФИО) _____ Код специалиста _____

**Протокол экспертного ультразвукового исследования I уровня в 11-14
недель беременности прилагается.**

Диагноз: Беременность _____ недель. _____

Шифр МКБ-X _____

Код исследования 3246

Медицинское учреждение, выполнившее обследование (код,
наименование) _____

Взята кровь для биохимического скрининга материнских сывороточных маркеров PAPP-A,
св. В – ХГЧ, и внесены данные в «Направление на пренатальный б/х скрининг по синдрому Дауна»
Дата взятия крови « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО медсестры МКНД _____ Подпись врача МКПД _____

М.П. врача

Примечание: Кровь сдается натощак. Направление на биохимический скрининг по синдрому Дауна из МКПД передается в лабораторию биохимического скрининга КМГК вместе с образцом сыворотки крови беременной для учета случаев пренатальной диагностики и использования данных, необходимых при программном расчете комбинированного индивидуального риска хромосомной патологии у плода

Направляющее ЛПУ ШТАМП: _____ Код _____

**Порядок
проведения пренатального консилиума
при выявленных нарушениях развития ребенка**

При выявлении врожденных пороков развития, хромосомной или другой наследственной болезни у ребенка методами пренатальной (дородовой) диагностики, тактика ведения беременности у женщин определяется пренатальным консилиумом с учетом решения беременной женщины.

Пренатальный консилиум функционирует на базе ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР». Консилиум считается состоявшимся, если в заседании приняло участие не менее половины его постоянных членов. Допускается проведение консилиума в режиме телемедицинской конференции. На консилиум кроме врачей могут быть приглашены компетентные представители соответствующих специальностей для решения различного рода вопросов, в том числе юридических, связанных с пониманием характера болезни или выбором метода лечения. Работу пренатального консилиума организует председатель, а в его отсутствие заместитель председателя. Структура консилиума, его состав и функции могут быть изменены при появлении новых целей и задач.

Беременная женщина информируется о прогнозе жизни, характере и тяжести врожденной патологии у плода, о возможном объеме и длительности лечения ребенка после рождения, о возможной степени утраты физических и психических параметров здоровья.

Беременная женщина принимает решение о судьбе беременности после исчерпывающего информирования членами консилиума. По результатам консилиума оформляется добровольное информированное согласие женщины на продолжение или прерывание беременности по медицинским показаниям.

Решение пренатального консилиума и результат информированного согласия женщины, заверенный ее личной подписью, вносят в амбулаторную медицинскую карту.

Основание для прерывания беременности определяется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 г. № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Согласие или отказ беременной женщины от досрочного прерывания беременности оформляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

С заключением пренатального консилиума беременная обращается непосредственно к заведующей территориальной женской консультацией, по

месту диспансерного наблюдения. На заведующую женской консультацией возлагается ответственность за своевременную госпитализацию пациентки в гинекологическое отделение или родильный дом и за доставку плодного материала (при прерывании беременности) для областных пациентов в ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185а, тел.(343) 240-39-56, 240-68-53.

Из медицинских учреждений г.Екатеринбурга плодный материал направляют на исследование в патологоанатомическое отделение МАУ «Городская детская клиническая больница № 9» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Решетская, 51, тел. (343) 323-06-06.

На каждого ребенка и плода с выявленными пороками развития в женской консультации заполняется уведомление о завершении беременности с целью верификации пренатальной диагностики в установленном порядке (приложение №16). Извещения направляются через ведомственную сеть Министерства здравоохранения Свердловской области VIPNET № 1317 на медицинское учреждение 1566 - ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

**Порядок оказания помощи беременным женщинам с пренатально
диагностированными врожденными пороками развития ребенка, при
которых может потребоваться экстренная и отсроченная хирургическая
помощь в неонатальном периоде**

При установленном пренатально врожденном пороке развития у плода, при котором может потребоваться хирургическое лечение в раннем неонатальном периоде (дефекты нервной трубки, дефекты передней брюшной стенки, диафрагмальные грыжи, обструкция органов мочевыделительной системы, пороки желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, эмбриональные опухоли, пороки сердца), беременные женщины направляются для планового родоразрешения в Областной перинатальный центр ГБУЗ СО «ОДКБ №1». Контроль за маршрутизацией беременной осуществляет заведующая женской консультацией.

Направление на родовую госпитализацию в Областной перинатальный центр ГБУЗ СО «ОДКБ №1» выдает женская консультация по месту наблюдения беременной женщины с приложением протокола экспертного ультразвукового обследования плода и заключения пренатального консилиума.

После рождения ребенка в Областном перинатальном центре ГБУЗ СО «ОДКБ №1» он осматривается врачом-генетиком, осуществляющим постнатальную верификацию с применением дополнительных методов обследования (УЗИ, рентген, кариотипирование и т.д.). При необходимости постнатальную верификацию можно осуществлять комиссионно с привлечением любых профильных специалистов ГБУЗ СО «ОДКБ №1».

При рождении в родовспомогательных учреждениях Свердловской области с пренатально не диагностированным, но выявленным после рождения пороком развития, при котором требуется хирургическая помощь, новорожденный переводится в ГБУЗ СО «ОДКБ №1».

Перечень мероприятий, проводимых в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения по первичной профилактике врожденных нарушений развития ребенка на этапе планирования и вынашивания женщиной беременности

1. Проведение обследования супругов врачом акушером-гинекологом (женщины) и урологом/андрологом (мужчины) до планирования беременности.
2. Лечение очагов хронической и урогенитальной инфекции.
3. Обследование женщины на наличие антител к вирусу краснухи с проведением иммунизации по показаниям.
4. Коррекция лекарственной терапии экстрагенитальных заболеваний у женщин по рекомендации профильных специалистов (эндокринолог, невропатолог, терапевт и др.) на период планирования и вынашивания беременности.
5. Препреконцепционное лечение женщин витаминными препаратами с необходимым содержанием фолиевой кислоты от 0,8мг до 4мг (в группе риска) в ежедневном режиме, не менее 1 месяца до зачатия и в течение I триместра беременности.
6. Направление женщин (семей) на медико-генетическое консультирование в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» осуществляется:
 - 1) При планировании беременности:
 - отягощенный семейный анамнез по хромосомной и моногенной наследственной патологии, рождение детей с врожденными пороками развития;
 - невынашивание беременности и бесплодие неясного генеза.
 - 2) При вынашивании беременности:
 - отягощенный семейный анамнез по хромосомной и моногенной наследственной патологии, рождение детей с врожденными пороками развития;
 - наличие у женщины хронических заболеваний, при которых в постоянном режиме используются лекарственные препараты;
 - профессиональные вредности у супругов и влияние вредных факторов на беременную в период раннего эмбриофетогенеза;
 - при выявлении отклонений у плода в результате обследования в скрининговые сроки беременности.

Форма

**Отчёт о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике
нарушений развития ребёнка
в межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики**

№ п/п	Наименование мероприятия	Количество
1.	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации всего:	
	из них в сроке до 14 недель:	
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель (УЗИ, биохимический скрининг материнских сывороточных маркеров PAPP-A, ХГЧ) всего:	
	в т.ч. МКПД	
	в т.ч. КДЦ ОЗМР	
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего:	
	из них:	
	- из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:	
	- из-за отказа от обследования на экспертном уровне:	
	- замершая беременность и самопроизвольный выкидыш	
	- другие причины (указать):	
4.	Число беременных, попавших в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего.	
5.	Выявлено хромосомной патологии у плода при инвазивном обследовании беременных группы высокого индивидуального риска по хромосомной патологии у плода, направленных по результатам комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11-14 недель, всего:	
	из них:	
	Синдром Дауна:	
	Синдром Эдвардса:	
	Синдром Патау:	
	Синдром Шерешевского-Тернера:	
	Синдром Кляйнфельтера:	

	Другие хромосомные аномалии (указать):	
6.	Число родившихся детей с Синдромом Дауна (пофамильно)	
7.	Количество проведенных ультразвуковых исследований II триместра в сроке 18-21 нед.берем.	
8.	Количество проведенных ультразвуковых исследований III триместра в сроке 30-34 нед.берем.	
9.	Выявлено плодов с нарушениями развития (ВПР) всего (список прилагается):	
	из них направлены в КДЦ ОЗМР	
10.	Число беременностей, прерванных по результатам комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на экспертном уровне в сроке 11-14 недель, всего:(список прилагается)	
	из них:	
	- по хромосомной патологии	
	- по нежизнеспособным ВПР	
	А) Прервано в сроке беременности до 14 недель, всего:	
	Б) Прервано в сроке беременности от 14 до 22 недель, всего:	
	В) Прервано в сроке беременности после 22 недель, всего:	
11.	ФИО врача ультразвуковой диагностики, осуществляющего скрининг I триместра	
	Наличие сертификата FMF (по ТВП и НК) и срок его действия на момент отчета	
12.	ФИО врача ультразвуковой диагностики, осуществляющего скрининг II триместра	

Примечание к пунктам отчета:

1. По данным женских консультаций
2. Собственные данные МКПД, сверенные с КДЦ ОЗМР
3. По данным женских консультаций
4. Из данных КДЦ ОЗМР по логистике
5. По данным женских консультаций
6. По данным родильных домов
7. По данным МКПД
8. По данным МКПД и женских консультаций
9. Данные женских консультаций и гинекологического отделения

Список выявленных ВПР к п. 9 должен содержать

1. ФИО и дата рождения беременной
2. ВПР (точный диагноз по данным УЗИ)
3. Где наблюдается беременная (указать женскую консультацию)
4. Пролонгирование (дата и место рождения)
5. Прерывание (дата и место прерывания)

Порядок приема отчета

Руководители МКПД формируют ежемесячно отчет в установленной форме (приложение № 5) и отправляют его в электронном виде на электронный адрес: mgc@etel.ru не позднее 5-го числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Ежемесячная сдача отчетов проводится в виде видеоконференций с привлечением главных врачей медицинских учреждений, руководителей МКПД, заведующих женскими консультациями по согласованию.

Одновременно рассматриваются вопросы по устранению выявленных нарушений и дефектов в МКПД.

**Правила
забора и транспортировки крови при обследовании беременных на
сывороточные маркеры РАРР-А и св. β-ХГЧ**

По месту жительства акушер-гинеколог заполняет направление установленного образца (приложение № 15 к настоящему приказу) и направляет беременную женщину в сроке 11 ÷ 13+6 недель беременности в межмуниципальный кабинет пренатальной диагностики к врачу-эксперту по ультразвуковой диагностике в соответствии с перечнем государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, на базе которых расположены межмуниципальные кабинеты пренатальной диагностики. Каждое направление должно иметь штамп и печать лечебного учреждения.

В межмуниципальном кабинете пренатальной диагностики в день проведения экспертного ультразвукового исследования женщине проводят забор крови для определения сывороточных маркеров – РАРР-А и св.β-ХГЧ.

Кровь берут из локтевой вены натошак или через 3 часа после приема пищи в одноразовую пробирку - контейнер объемом 5-8 мл с активатором свертывания и разделительным гелем без применения антикоагулянтов. Каждому образцу крови присваивается уникальный штрих-код, под номером которого в системе «Астрайя» содержится вся информация по данному исследованию. Выдача штрих-кодов осуществляется лабораторией пренатального скрининга ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребёнка». Выдаются 2 штрих-кода с одинаковым номером на каждый образец крови; один - для маркировки направительного бланка, второй - для маркировки одноразовой пробирки с кровью.

При сдаче венозной крови желательно исключить факторы, влияющие на результаты исследований: физическое и эмоциональное напряжение, курение (за 1 час до исследования). Рекомендуются за 1-2 дня до предполагаемого исследования не употреблять жирную пищу и алкоголь. При заборе крови необходимо соблюдать технику, предупреждающую повреждение эритроцитов, способных вызвать гемолиз. Гемолитическая сыворотка является источником ошибок анализа. Забор крови проводят стерильными иглами однократного применения с использованием держателя одноразового применения в пробирки - контейнеры с активатором свертывания и разделительным гелем для получения и отделения сыворотки. Одноразовая пробирка - контейнер, доставляемая в лабораторию ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» представляет «первичную» пробирку, непосредственно в которой будет проводиться исследование, поэтому следует соблюдать все требования к правилам забора крови.

После забора крови пробирку аккуратно (не встряхивая) переворачивают для полного смешения крови с реагентами и центрифугируют в соответствии с

рекомендациями производителя пробирок. Пробирки с гелем необходимо центрифугировать не позднее, чем через 2 часа после взятия крови.

Кровь должна быть доставлена в максимально короткий срок после забора. Допускается хранение пробирок с кровью в холодильнике при температуре $+2^{\circ}$ - $+8^{\circ}\text{C}$ не более 3 суток. При комнатной температуре кровь хранят не более 6 часов. Замораживание цельной крови недопустимо.

Образцы крови с правильно заполненными направлениями доставляют в лабораторию ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» только в термоконтейнере с хладоэлементом при соблюдении температурного режима ($+2$ - $+8^{\circ}\text{C}$) по адресу: 620067, г. Екатеринбург, ул. Флотская, 52, Образцы крови принимают с 8 до 14 часов в любой день, кроме субботы и воскресенья, в праздничные дни – по специальному графику. Исследование образцов крови в лаборатории ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» проводят в течение 3 дней со дня доставки.

По полученным результатам биохимического исследования (в единицах измерения и в МОМ), данным ультразвукового исследования, указанного в направлении, в лаборатории пренатального скрининга ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» рассчитывают индивидуальный комбинированный риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Неправильное заполнение бланка-направления, несоблюдение условий забора, хранения или транспортировки образцов крови приводит к ошибкам в интерпретации анализа.

**Показания для проведения комплекса пренатальной диагностики в ГБУЗ
СО «КДЦ «ОЗМР» в сроке I, II, III триместра беременности**

**Показания для консультирования беременных в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» I
триместра беременности**

1. Беременные в возрасте 35 лет и старше.
2. Беременные, имеющие перинатальные потери детей с ВПР, наследственные заболевания, хромосомную патологию.
3. Беременные, имеющие ВПР, наследственные заболевания, хромосомную патологию в семье.
4. Беременные, имеющие ВПР.
5. Беременные с акушерским анамнезом, отягощенным привычным невынашиванием, в т.ч. имеющие две и более замершей беременности.
6. Многоплодная беременность.
7. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий.
8. Сахарный диабет I и II типа (кроме гестационного).
9. Заболевания щитовидной железы при беременности (гипотиреоз, тиреотоксикоз).
10. Беременные с ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий, выявленными в ходе скринингового ультразвукового исследования I триместра в МКПД:
11. Увеличение толщины воротникового пространства 3,0 мм и более;
12. Отсутствие визуализации носовой кости.
13. Беременные с ВПР плода, установленными в ходе скринингового ультразвукового исследования I триместра в МКПД.

**Показания для консультирования беременных в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»
II триместра беременности**

1. Беременные, имевшие показания для проведения комплекса пренатальной диагностики I триместра (см. показания для проведения комплекса пренатальной диагностики I триместра), но поздно вставшие на учет, направляются на консультацию в Центр в сроке 18-21 неделя. Оптимальным сроком является 20-21 неделя беременности.

2. Беременные со значимыми ультразвуковыми маркерами хромосомных аномалий, выявленными в ходе скринингового ультразвукового исследования во II триместре в МКПД:

- гипоплазия носовой кости (4,5 мм и менее)
- преназальный отек (5,0 мм и более)
- увеличение шейной складки (6,0 мм и более)

3. Беременные с ВПР плода, выявленными в ходе скринингового ультразвукового исследования II триместра в МКПД, территориальной женской консультации.

Приложение № 14 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 января 2016 г. № 74-н

Перечень исполнителей (медицинских организаций), коды и объёмы медицинских услуг на проведение сплошной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка на амбулаторном этапе у беременных

на 2015 год

Наименование диагностических исследований	Коды исследова ний	Объёмы диагности- ческих исследовани й	в том числе по исполнителям (медицинским организациям):												
			ГБУЗ СО «ОДКБ №1»	город Екате ринбу рг	ГБУЗ СО «Демидов ская ГБ» г. Нижний Тагил	ФГБУЗ «МСЧ №31 ФМБА» г.Новоу ральск	ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск- Уральски й»	ГБУЗ СО №1 «ГБ № 1 г.Асбе ст»	ГБУЗ СО «ГБ г.Первоура льск»	ГБУЗ СО «Ирбит ская ЦБ»	ГБУЗ СО «Красно турьинс кая ГБ»	ГБУЗ СО «Серовс кая ГБ»	ГБУЗ СО «Алапа евская ЦБ»	ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»	
УЗИ-экспертиза	3246	46620	4950	17980	7700	770	3130	1980	4290	1980	1650	1500	690		
УЗИ-экспертиза (селективная)	3276	31000												31000	
Биохимический скрининг I-го триместра РАРР тест	3336	40000												40000	
Биохимический скрининг I-го триместра РАРР тест (экспресс)	3346	11000												12000	
Тонкоигольная аспирация ворсин хориона	3416	1000												1000	
Кордоцентез	3426	100												100	
ИТОГО:		129720	4950	17980	7700	770	3130	1980	4290	1980	1650	1500	690	84100	
УЗИ экспертиза II триместр 18-21 нед.	3246	64975	6900	23000	11500	1150	5175	2300	5750	3450	2300	2300	1150		

на 2016 год

Наименование диагностических исследований	Коды исследова ний	Объёмы диагности- ческих исследован ий	в том числе по исполнителям (медицинским организациям):												
			ГБУЗ СО «ОДКБ №1»	город Екатери нбург	ГБУЗ СО «Демид овская ГБ» г. Нижний Тагил	ФГБУЗ «МСЧ №31 ФМБА» г.Новоу ральск	ГБУЗ СО «ДГБ г. Каменск- Уральски й»	ГБУЗ СО «ГБ № 1 г.Асбе ст»	ГБУЗ СО «ГБ г.Первоу ральск»	ГБУЗ СО «Ирбит ская ЦГБ»	ГБУЗ СО «Краснотур ьинская ГБ»	ГБУЗ СО «Серове ская ГБ»	ГБУЗ СО «Алапа евская ЦГБ»	ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»	
УЗИ-экспертиза	3246	49610	5200	18880	8100	800	3900	2100	4500	2100	1700	1600	730		
УЗИ-экспертиза (селективная)	3276	33000												33000	
Биохимический скрининг I-го триместра РАРР тест	3336	41000												41000	
Биохимический скрининг I-го триместра РАРР тест (экспресс)	3346	12100												12100	
Тонкоигольная аспирация ворсин хориона	3416	1100												1100	
Кордоцентез	3426	110												110	
ИТОГО:		136920	4500	16349	7000	700	2850	1800	3900	1800	1500	1400	630	87310	
УЗИ экспертиза II триместр 18-21 нед.	3246	71400	7600	25300	12600	1300	5700	2500	6300	3800	2500	2500	1300		

№МКПД _____

--

Дата взятия крови: _____ Время взятия _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Адрес проживания: г. _____

Ул.: _____ Дом: _____ Кв.: _____ Конт.тел: _____

Раса: Европейская ☐ Азиатская ☐ Африканская ☐ Др. ☐

Курение при настоящей беременности: ДА ☐ НЕТ ☐ прекратила ☐

Наличие хромосомных аномалий у ребёнка/плода при предыдущих беременностях:

Настоящая беременность (порядковый номер) _____ Количество родов _____

Дата забора яйцеклетки Дата подсадки эмбрионов

ФИО врача ЖК: _____ Конт.тел. врача _____

Дата направления _____ / _____ / _____

Номер МКПД _____

Количество плодов 1 ☐ Двойня: ☐ Монохориальная ☐ Дихориальная ☐

KTP: _____ MM KTP 2 _____ MM

Срок беременности по КТР _____ недель _____ дней

ТВП: _____ мм ТВП 2 _____ мм

Носовая кость 1 ДА ☒ НЕТ ☐ Носовая кость 2 ДА ☐ НЕТ ☐

Частота сердечных сокращений плода (ЧСС) _____ уд/мин ЧСС2 _____ уд/мин

Эхо-маркёры ХА _____ Снимок прилагается ☐

Врач УЗИ _____

Вес: _____ кг _____ гр Дата взвешивания: _____ / _____ / _____ г.

Дата выполнения анализа _____ Врач выполнивший анализ _____

Заполняется в ЖК врачом акушером-гинекологом

Заполняется в МКПД

Порядок верификации врожденных пороков развития (ВПР)

I. Порядок направления на прерывание беременности пациентов при выявлении у плодов врожденных пороков развития.

1. При выявлении врожденных пороков развития у плода в ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка» проводится пренатальный консилиум, выдается заключение и беременная направляется в женскую консультацию по месту жительства.

2. При наличии рекомендации по прерыванию беременности по медицинским показаниям пациентка на следующий день обращается к заведующей территориальной женской консультацией по месту наблюдения. Заведующая женской консультацией несет персональную ответственность за своевременную госпитализацию пациентки в гинекологическое отделение для прерывания беременности или в родильный дом для родоразрешения. Из гинекологического отделения осуществляется доставка плодного материала после прерывания беременности для патологоанатомической верификации врожденного порока развития плода согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.10.2012 № 1229-п «О совершенствовании медицинской помощи при прерывании беременности на территории Свердловской области».

3. Из государственных учреждений здравоохранения Свердловской области плодный материал доставляется в ГБУЗ СО «Свердловское областное патологоанатомическое бюро» по адресу: г. Екатеринбург, ул. Волгоградская 185а, тел. (343) 286-56-98, контактное лицо: Мелькин Василий Владимирович (заведующий экспертно – аналитическим отделом ГБУЗ СО «СОПАБ»). Из медицинских учреждений г. Екатеринбурга плодный материал доставляется на исследование в патологоанатомическое отделение Муниципального автономного учреждения «Детская городская клиническая больница № 9» по адресу: ул. Решетская, д. 51/3, тел. 204-78-09, контактное лицо: Вибе Аэлита Борисовна (заведующая отделением).

4. Абортусы и мертворожденные с врожденными пороками развития, диагностированными пренатально в сроке беременности до 22 недель и массой менее 500 г, подлежат обязательному вскрытию с оформлением в протоколе патологоанатомического исследования.

5. Доставка всех мертворожденных и трупов детей с врожденными пороками развития осуществляется с соблюдением правил транспортировки в ГБУЗ СО «СОПАБ», при отсутствии в государственных учреждениях здравоохранения Свердловской области по месту смерти или родоразрешения детского патологоанатома. Верификация врожденных пороков сердца во всех случаях осуществляется в ГБУЗ СО «СОПАБ».

II. Порядок доставки плодного материала в ГБУЗ СО «СОПАБ».

1. Трупы плодов направляются на патологоанатомическое исследование вместе с плацентой.

2. Абортусы и мертворожденные с выявленными пренатально пороками развития в сроке беременности до 22 недель доставляются в соответствии с правилами транспортировки плодного материала, не позднее 14 дней после прерывания беременности и со следующими сопровождающими документами:

- направлением из гинекологического отделения, где производилось прерывание беременности (форма в приложении),

- ксерокопией заключения пренатального консилиума,

- ксерокопией протокола экспертного ультразвукового исследования ГБУЗ СО КДЦ «ОЗМР».

3. Плодный материал доставляется в посуде с широким горлышком в 10% растворе формалина.

4. Для верификации врожденных пороков развития плод и плацента в результате прерывания беременности должны оставаться целыми (не должны быть фрагментированы).

5. Ответственность за соблюдение правил доставки несут заведующие гинекологическими отделениями, где производится прерывание беременности.

6. В случаях перинатальной смерти от врожденных пороков развития, выявленных пренатально, трупы доставляются в ГБУЗ СО «СОПАБ» с сопровождающими документами: историей родов и историей болезни новорожденного, содержащей посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз.

III. Порядок выдачи результатов патологоанатомического заключения на плоды с пренатально выявленными пороками развития.

1. После проведения патологоанатомического исследования и заполнения протокола заключение выдается в двух экземплярах:

- один экземпляр выдается сотруднику ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР»;
- второй экземпляр выдается сотруднику государственного учреждения здравоохранения Свердловской области, в котором проводилось прерывание беременности.

2. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мониторинге врожденных пороков развития у детей» от 10.09.1998г. № 268 на территории Свердловской области на все случаи врожденных пороков развития обязательно заполняется извещение (форма № 025-11/У-98), которая ежемесячно направляется в ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР».

Приложение № 17 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 25 янв 2016 г. № 72-17.

**Направление на патологоанатомическую верификацию врожденных пороков
развития плодов до 22 недель гестации**

Направляется плод и послед (ненужное зачеркнуть)

Наименование и адрес ЛПУ (место прерывания беременности с указанием города)

ФИО и дата рождения матери _____

Место проживания матери во время беременности _____

Дата прерывания беременности _____

Метод прерывания беременности _____

Исходы предыдущих беременностей _____

Пол плода: мужской женский неопределенный неизвестен

Масса плода: _____

Рост плода: _____

Близнецовость: да нет

Диагноз (пренатальный): _____

Приложение:

1. копия заключения УЗИ ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» с описанием выявленных ВПР;
 копия заключения пренатального консилиума с рекомендациями.

Порядок обследования детей, родившихся с подозрением на синдром Дауна.

При рождении ребенка с подозрением на синдром Дауна (в ЛПУ города Екатеринбурга и области) для подтверждения диагноза необходимо доставить образец крови ребенка с гепарином в цитогенетическую лабораторию ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР». Доставку крови необходимо осуществить строго в течение первой недели жизни в соответствии с правилами доставки, с направлением установленного образца и заполненным извещением о рождении ребенка с ВПР.

По готовности кариотипа лечащий врач ЛПУ извещается о результатах обследования, медицинский работник отделения медико-генетического консультирования записывает семью на прием к врачу-генетику.

Правила забора и доставки образца крови:

1. 1-2 мл крови ребенка собирают в пробирку для исследования плазмы (с гепарином). Содержимое пробирки необходимо перемешать, плавно переворачивая пробирку 3-4 раза, пробирку подписать.
2. Кровь доставить в термоконтейнере с температурным режимом 2-8 градусов Цельсия курьером в приемный пункт сбора биоматериалов (рецепшен) лабораторного корпуса ГБУЗ СО «КДЦ «ОЗМР» не позже чем через 6 часов после взятия, до 14 часов.
1. Вместе с кровью необходимо доставить правильно заполненное направление (Приложение №19) и извещение о рождении ребенка с ВПР.

Министерство здравоохранения Свердловской области
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Клинико-диагностический центр
«Охрана здоровья матери и ребёнка»

**НАПРАВЛЕНИЕ НА КАРИОТИП
КРОВИ РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА СИНДРОМ
ДАУНА**

Лаб. №

I. Фамилия ребенка (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя ребенка (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество ребенка (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата Рождения ребенка : : г.

II. Фамилия матери (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя матери (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество матери (печатными буквами. Одна буква в клеточку!)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата Рождения матери : : г.

Адрес: Город

Улица

Дом

Кв.

телефон:

Комплекс пренатальной диагностики I триместра пройден ☐

Где ?

Комплекс пренатальной диагностики I триместра не пройден ☐

ЛПУ направившее на кариотип

ФИО Врача, направившего на кариотип:

Контактный телефон направившего врача

Дата забора материала Время: Подпись врача