



Российский университет
дружбы народов
RUDN University

5100

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

РУКОВОДСТВО

Под редакцией
члена-корреспондента РАН,
профессора В.Е. Радзинского

4-е издание,
переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	6
Список сокращений и условных обозначений	9
Важно для понимания (вместо предисловия)	12
ГЛАВА I. Организация работы женской консультации.	15
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
ГЛАВА II. Профилактическая деятельность женской консультации.	80
Цитологический скрининг	89
Профилактика рака шейки матки (Всемирная организация здравоохранения, 2014)	95
Тестирование на вирус папилломы человека	95
Маммологический скрининг	98
ГЛАВА III. Нарушения микробиоценоза влагалища вне и во время беременности	105
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
ГЛАВА IV. Акушерская помощь в женской консультации	127
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
ГЛАВА V. Гинекологическая помощь в женской консультации	246
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
ГЛАВА VI. Акушерская и гинекологическая помощь в дневном стационаре	415
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
ГЛАВА VII. Экспертиза временной нетрудоспособности	466
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
ГЛАВА VIII. Юридическая ответственность врача	484
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 абортов (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 абортов 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 ВИЧ¹-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.

¹ 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"> • на 3 должности врачей-специалистов, ведущих консультативный прием; • на каждую должность операционной медицинской сестры и медицинской сестры процедурной; 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**¹.

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,

¹ 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 β -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, α -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.