



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ**

П Р И К А З

О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

от 4 апреля 2022 года
Ханты-Мансийск

№ 579

Во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 1993 года № 316 «О дальнейшем развитии медико-генетической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации», от 15 ноября 2012 года № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказов Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 12 августа 2021 года № 1178 «Об утверждении дополнительной маршрутизации пациентов в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», от 15 ноября 2021 года № 1807 «О функционировании медико-генетической консультации» в целях оптимизации деятельности медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по осуществлению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Уровни проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (приложение 1).

1.2. Алгоритм проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка при постановке беременной на учет до 13 недель 6 дней беременности (приложение 2).

1.3. Алгоритм проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка при постановке беременной на учет после 13 недель 6 дней беременности (приложение 3).

1.4. Положение о кабинете антенатальной охраны плода (приложение 4).

1.5. Перечень кабинетов антенатальной охраны плода в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (приложение 5).

1.6. Форму «Талон-направление беременной женщины в кабинет антенатальной охраны плода в I триместре беременности» (приложение 6).

1.7. Памятку для пациентов «Пренатальная диагностика» (приложение 7).

1.8. Перечень показаний для направления беременных женщин на медико-генетическое консультирование в медико-генетическую консультацию бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» (приложение 8).

1.9. Перечень показаний для направления беременных женщин на экспертное ультразвуковое исследование третьего уровня (приложение 9).

1.10. Протоколы ультразвукового скринингового исследования беременной женщины в I, II триместрах беременности (приложение 10).

1.11. Инструкцию по забору образцов крови для выполнения массового биохимического скрининга I триместра беременности (РАРР-А, β -субъединицы ХГЧ) (приложение 11).

1.12. Форму «Отчет о проведении обследования в кабинете антенатальной охраны плода в I триместре беременности» (приложение 12).

1.13. Форму «Отчет о проведении обследования в кабинете антенатальной охраны плода во II триместре беременности» (приложение 13).

1.14. Форму «Отчет медицинской организации о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в I триместре беременности» (приложение 14).

1.15. Форму «Отчет медицинской организации о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка во II триместре беременности» (приложение 15).

1.16. Форму «Отчет медицинской организации о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка по законченным случаям» (приложение 16).

1.17. Форму «Отчет медицинской организации по катамнезу пороков развития плода» (приложение 17).

1.18. Форму «Отчет медицинской организации по катамнезу группы высокого риска хромосомных аномалий плода, установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайя» (приложение 18).

1.19. Форму «Отчет медицинской организации по катамнезу группы высокого риска преэклампсии, задержки роста плода, преждевременных родов, установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайя» (приложение 19).

1.20. Форму «Отчет медицинской организации по случаям, пропущенных пороков развития плода» (приложение 20).

1.21. Форму «Отчет медицинской организации по случаям, пропущенных хромосомных аномалий плода» (приложение 21).

1.22. Форму «Отчет медико-генетической консультации по катамнезу пороков развития плода» (приложение 22).

1.23. Форму «Отчет медико-генетической консультации по катамнезу группы высокого риска преэклампсии, задержки роста плода, преждевременных родов, установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайя» (приложение 23).

1.24. Инструкцию по забору и доставке образцов абортного материала для проведения цитогенетических исследований в лабораторном отделении медико-генетической консультации (приложение 24).

2. Руководителям медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, в которых организованы кабинеты антенатальной охраны плода, обеспечить ежемесячно, в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом, предоставление в медицинские организации прикрепленной территории отчетных форм в соответствии с приложениями 12, 13 к настоящему приказу.

3. Руководителям медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих акушерско-гинекологическую медицинскую помощь женщинам во время беременности, обеспечить предоставление в бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства»:

3.1. Ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, отчетных форм в соответствии с приложениями 14, 15, 17, 18, 19 к настоящему приказу.

3.2. Ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, копий заключений пренатальных консилиумов при выявлении хромосомных аномалий и пороков развития плода.

3.3. Ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, копий патологоанатомических и цитогенетических заключений исследования абортного материала после прерывания беременности по медицинским показаниям при пороках развития плода или подозрении на хромосомную аномалию.

3.4. Ежеквартально, в срок до 5 числа, следующего за отчетным периодом, отчетных форм в соответствии с приложениями 16, 20, 21 к настоящему приказу.

4. Главному врачу бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» обеспечить предоставление в отдел организации акушерско-гинекологической помощи Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

4.1. Ежемесячно, в срок до 7 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сводного отчета в соответствии с приложениями 14, 15 к настоящему приказу.

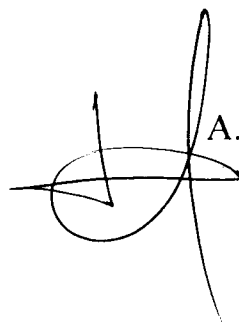
4.2. Ежегодно, в срок до 20 января, следующего за отчетным годом, отчетных форм в соответствии с приложениями 16, 22, 23 к настоящему приказу.

4.3. Ежегодно, по запросу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, электронных файлов по данным аудита из программно-аппаратного комплекса «Астрайя» в течение года.

5. Считать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25 января 2021 года № 76 «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре».

6. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры М.В. Малхасьяна.

Директор Департамента



А.А.Добровольский

Приложение 1 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Уровни проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений
развития ребенка в Ханты-Мансийском
автономном округе – Югре

Проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушения развития ребенка на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры осуществляется на трех уровнях:

1. Первый уровень – в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих акушерско-гинекологическую медицинскую помощь женщинам во время беременности.

2. Второй уровень – в кабинетах антенатальной охраны плода (далее – КАОП).

3. Третий уровень – в медико-генетической консультации бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» (далее – МГК), бюджетных учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры: «Нишневартовский окружной клинический перинатальный центр», «Окружная клиническая больница».

Организация проведения первого уровня
пренатальной диагностики нарушения развития ребенка

1. В медицинских организациях назначаются специалисты и их дублиеры, ответственные за выполнение мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

2. Информация о контактных данных специалистов и их дублиеров, передается в МГК ежегодно, в срок до 15 января с актуализацией при изменении информации.

3. На первом этапе, при постановке на учет по беременности пациентка направляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации в КАОП в сроке 11-13⁶ недель беременности, а при ранней явке – в сроке 11-12 недель беременности (оптимальный срок – 11⁺³ недели) в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу с целью проведения ультразвукового исследования для исключения ультразвуковых маркеров хромосомных аномалий (далее – ХА), рано манифестирующих пороков развития плода (далее – ПРП). При направлении в КАОП беременной в устной форме предоставляется

информация о цели и задачах пренатальной (дородовой) диагностики и выдается:

направление установленного образца по форме 057/у-04 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» на обследование в КАОП;

талон-направление беременной в КАОП в I триместре беременности (приложение 6), заполненный в части женской консультации;

памятка для пациентов «Пренатальная диагностика» (приложение 7).

4. На первом этапе, при постановке на учет по беременности в сроке более 13⁺⁶ недель по фетометрии (копчико-теменном размере (далее – КТР) плода более 84 мм)), пациентка направляется врачом-акушер-гинекологом медицинской организации в КАОП* в сроке беременности 19-21 недель (оптимальный срок 19 недель) в соответствии с приложением 3 к настоящему приказу. При направлении в КАОП беременной в устной форме предоставляется информация о цели и задачах пренатальной (дородовой) диагностики и выдается:

направление установленного образца по форме 057/у-04 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» на обследование в КАОП;

памятка для пациентов «Пренатальная диагностика» (приложение 7).

5. На втором этапе пациентка направляется врачом-акушером-гинекологом медицинской организации в КАОП в сроке беременности 19-21 недель (оптимальный срок 19 недель) для исключения ультразвуковых маркеров ХА, поздно манифестирующих ПРП. При направлении в КАОП беременной в устной форме предоставляется информация о цели и задачах пренатальной (дородовой) диагностики и выдается:

направление установленного образца по форме 057/у-04 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» на обследование в КАОП;

памятка для пациентов «Пренатальная диагностика» (приложение 7), в том случае, если она не была выдана на первом этапе.

6. Медицинской организацией обеспечивается:

6.1. Наблюдение за беременной в установленные сроки в соответствии с утвержденными стандартами.

6.2. Получение результатов комбинированного расчета риска ХА, развития преэклампсии (далее – ПЭ), задержки роста плода (далее – ЗРП),

преждевременных родов (далее – ПР), из КАОП после их выполнения в МГК.

6.3. Проведение профилактики ПЭ, ЗРП и ПР при повышенном риске развития данных состояний согласно действующей нормативной базе.

6.4. Проведение ультразвуковых исследований плода, доплерометрии в нескрининговые сроки при наличии акушерских показаний.

6.5. Направление беременной в МГК при наличии показаний для медико-генетического консультирования (приложение 8) и экспертного ультразвукового исследования 3 уровня (приложение 9).

6.6. При направлении в МГК беременной выдается** направление установленного образца по форме 057/у-04 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

6.7. Оформление добровольного информированного отказа от медицинского вмешательства в соответствии с действующим законодательством в случае отказа беременной от проведения пренатальной диагностики.

6.8. Направление беременной при выявлении ХА плода или ПРП на пренатальный (кардиоперинатальный) консилиум в соответствии с действующей нормативной базой.

6.9. Направление материалов плода (последа, пуповинной крови) в лабораторное отделение МГК после прерывания беременности по медицинским показаниям, в том числе в случае отказа пациентки от инвазивной пренатальной диагностики ХА плода в соответствии с приложением 25.

6.10. Предоставление в МГК на один из электронных адресов: i.khomutova@surgut-kpc.ru или info-mgk@surgut-kpc.ru:

ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, отчетных форм в соответствии с приложениями 14, 15, 17, 18, 19 к настоящему приказу (в том числе электронной версии в формате Microsoft Excel);

ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, копий заключений пренатальных консилиумов при выявлении ХА и ПРП;

ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, копий патологоанатомических и цитогенетических*** заключений исследования абортного материала после прерывания беременности по медицинским показаниям при ПРП или подозрении на ХА;

ежеквартально, в срок до 5 числа, следующего за отчетным периодом, отчетной формы в соответствии с приложениями 16, 20, 21

к настоящему приказу (в том числе электронной версии в формате Microsoft Excel);

ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом, персональных данных по проведенной пренатальной диагностике случаев ХА плода, не выявленных антенатально (протоколов скрининговых ультразвуковых исследований в I, II триместрах беременности, протоколов биохимического скрининга в I триместре беременности****, иной медицинской документации).

Организация проведения второго экспертного уровня пренатальной диагностики нарушений развития ребенка

1. Выполняется на первом и втором этапах в КАОП в соответствии с приложением 5.

2. Информация о данных врачей ультразвуковой диагностики КАОП передается в МГК ежегодно, в срок до 15 января с актуализацией при изменении информации.

3. В КАОП беременной на первом этапе проводится:

комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) второго уровня в I триместре по единому протоколу (приложение 10) при КТР плода 45-84 мм, измерение антропометрических параметров (рост, вес), двукратное измерение артериального давления на обеих руках беременной перед проведением УЗИ;

внесение полученных данных в соответствующие графы части КАОП талона-направления беременной в КАОП в I триместре беременности (приложение 6);

проведение забора или направление в процедурный кабинет медицинской организации, в которой организован КАОП, на забор образца крови для выполнения массового биохимического скрининга I триместра (ассоциированного с беременностью плазменного протеина А далее – PAPP-A), свободной бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека (далее β-ХГЧ)).

4. В КАОП беременной на втором этапе проводится УЗИ второго уровня во II триместре беременности по единому протоколу (приложение 10) в сроки беременности 19-21 неделя.

5. Образцы крови беременной для выполнения массового биохимического скрининга I триместра беременности доставляются в лабораторное отделение МГК (г. Сургут, пр. Пролетарский, 15) в срок не реже 1 раза в 3 дня.

6. Результаты выполненных исследований в виде протокола комбинированного расчета риска ХА, развития ПЭ, ЗРП, ПР направляются из КАОП, после получения из МГК, в прикрепленную медицинскую организацию.

7. В КАОП формируются отчеты о проведении обследования в КАОП в I триместре и во II триместре беременности (приложения 12, 13 соответственно) и предоставляются ответственным лицам медицинских организаций ежемесячно в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным*****.

8. При наличии в КАОП модуля программно-аппаратного комплекса «Астрайя» осуществляется введение всех полученных по пациенткам прикрепленной территории данных (анамнеза, антропометрических данных, ультразвукового исследования, иных данных) с передачей информации в программно-аппаратный комплекс «Астрайя» МГК в режиме on line, off line на электронном носителе или на бумажных носителях индивидуально по каждой пациентке еженедельно или ежемесячно в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Организация проведения третьего экспертного уровня пренатальной диагностики нарушений развития ребенка

В медико-генетической консультации бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства»

1. Централизованное проведение лабораторных биохимических исследований в рамках массового биохимического скрининга I триместра (РАРР-А и β -ХГЧ) в образцах крови, направленных из КАОП.

2. Проведение программного расчета комбинированного риска рождения ребенка с ХА, риска развития ПЭ, ЗРП, ПР в I триместре беременности.

3. Проведение программного перерасчета риска рождения ребенка с ХА, риска развития ПЭ, ЗРП, ПР в I триместре беременности, риска рождения ребенка с ХА (трисомия 21) во II триместре беременности.

4. Формирование группы беременных высокого индивидуального риска по ХА у плода по результатам комбинированного пренатального скрининга I триместра (индивидуальный риск 1/100 и выше).

5. Проведение активного вызова, в том числе посредством письменного информирования медицинских организаций беременных группы высокого риска ХА плода на медико-генетическое консультирование.

6. Проведение медико-генетического консультирования по показаниям (приложение 8).

7. Выполнение селективного пренатального УЗИ третьего экспертного уровня с архивированием ультразвуковых сканов по показаниям (приложение 9), в том числе с целью перерасчета риска ХА плода в I триместре и во II триместре беременности.

8. Выполнение инвазивной пренатальной диагностики у беременных с высоким риском рождения ребенка с ХА, наследственным заболеванием или ПРП по направлению генетика с последующим цитогенетическим и/или молекулярно-цитогенетическим и/или молекулярно-генетическим исследованием плодного материала.

9. Предоставление информации специалистам медицинских организаций, ответственных за выполнение пренатальной диагностики, при выявлении ХА и ПРП с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья.

10. Проведение цитогенетической и/или молекулярно-цитогенетической диагностики abortного материала, в том числе у пациенток из группы высокого риска по ХА плода, которым не выполнялась инвазивная пренатальная диагностика.

11. Проведение регулярного аудита качества ультразвукового обследования беременных врачами второго скринингового экспертного уровня в КАОП медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по данным программно-аппаратного комплекса «Astraia» с направлением акта руководителю медицинской организации, на базе которой организован КАОП.

12. Проведение анализа результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития (ХА, ПРП, ЗРП), а также риска ПЭ, ПР.

13. Проведение мониторинга статистических показателей пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, сбора и обработки информации для формирования отчетов о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка с последующим предоставлением в отдел организации акушерско-гинекологической помощи Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

ежемесячно, в срок до 7 числа месяца, следующего за отчетным периодом, сводного отчета в соответствии с приложениями 14, 15 к настоящему приказу;

ежегодно, в срок до 20 января, следующего за отчетным годом, отчетных форм в соответствии с приложениями 16, 22, 23 к настоящему приказу;

ежегодно, по запросу Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, электронных файлов по данным аудита из программно-аппаратного комплекса «Астрайя» в течение года.

14. Формирование и ведение окружного регистра ПРП.

В бюджетных учреждениях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры: «Сургутский окружной клинический центр охраны

материнства и детства», «Нижевартовский окружной клинический перинатальный центр», «Окружная клиническая больница»

1. Проведение пренатального (кардиоперинатального) консилиумов согласно действующей нормативной базе для определения дальнейшей тактики ведения беременности, маршрутизации беременной и новорожденного в случае установления пренатального диагноза врожденных аномалий (ПРП), ХА и генной патологии у плода на основании результатов антенатального обследования и заключения генетика.

2. Организация телемедицинских консультаций с федеральными диагностическими консультативными центрами при выявленных ПРП (сердца и других органов) для определения дальнейшей тактики.

3. Проведение анализа результатов эффективности антенатальной охраны плода в части своевременного выявления нарушений развития (ХА, ПРП, ЗРП) а также риска ПЭ, ПР.

Примечание:

* При наличии акушерских показаний в медицинской организации первого уровня может быть выполнено УЗИ плода в нескрининговые сроки.

** При направлении на третий уровень пренатальной диагностики беременной необходимо при себе иметь: обменную карту, паспорт, действующий страховой полис, а в сроке беременности до 20 недель: результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, мазка на степень чистоты влагалища 1-2 степени не позднее 10 дневного срока, тесты на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а в случае резус отрицательной принадлежности беременной женщины – анализ крови на титр антител к резус- фактору.

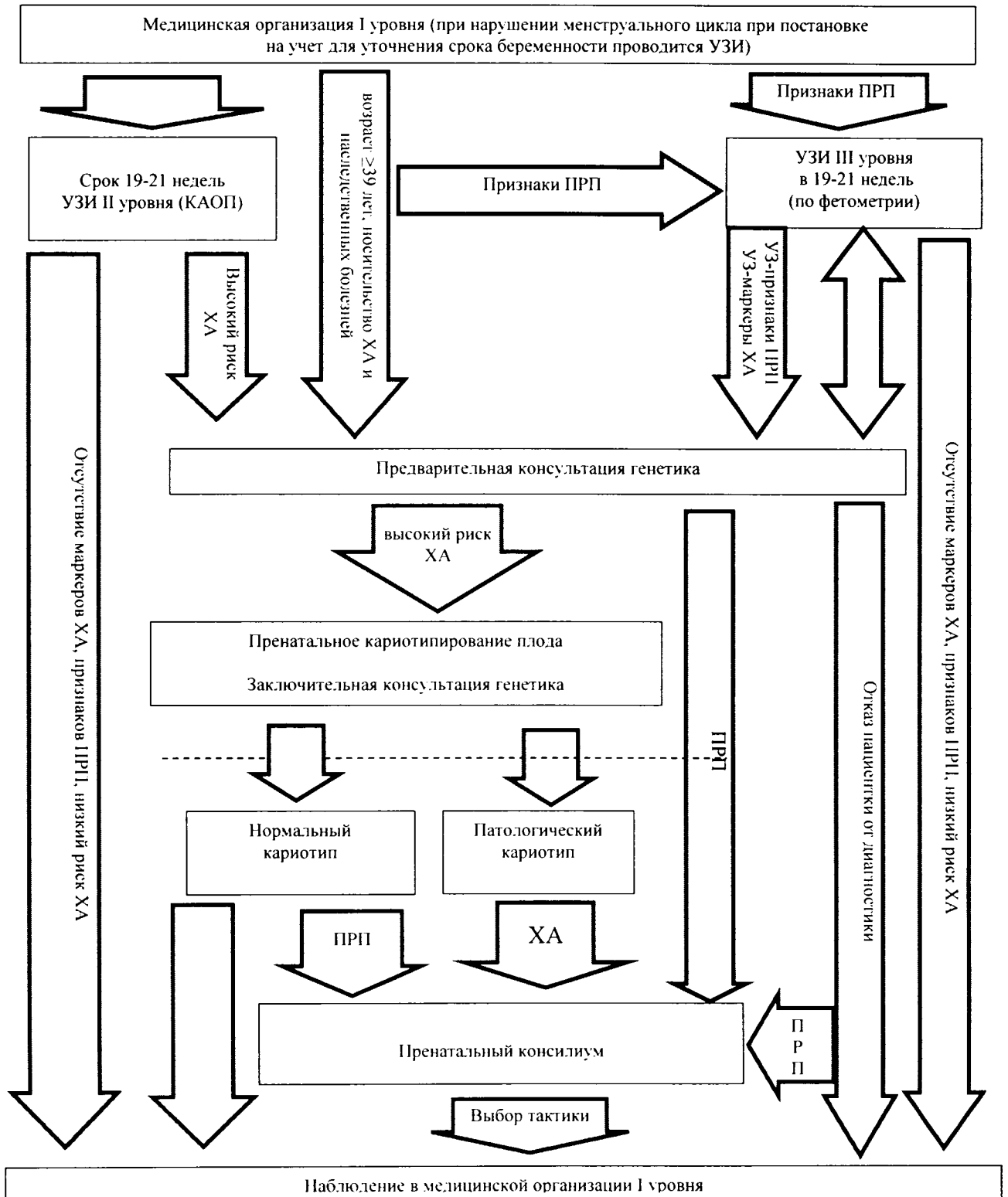
***В случае проведения цитогенетического исследования абортного материала не в лабораторном отделении МГК.

**** В случае проведения биохимического скрининга не в лабораторном отделении МГК.

***** В случае расположения КАОП в медицинской организации, отчет КАОП для данной медицинской организации не формируется.

Приложение 3 к приказу
 Департамента здравоохранения
 Ханты-Мансийского
 автономного округа – Югры
 от 4 апреля 2022 года № 579

Алгоритм проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений
 развития ребенка при постановке беременной на учет после 13 недель
 6 дней беременности



Приложение 4 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Положение о кабинете антенатальной охраны плода

1. Кабинеты антенатальной охраны плода (далее – КАОП) организуются в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих акушерско-гинекологическую медицинскую помощь женщинам во время беременности на функциональной основе.

2. Задачей КАОП является реализация комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременной пренатальной диагностике ПРП, маркеров ХА и профилактике перинатальных осложнений (ПЭ, ЗРП, ПР).

3. Основными функциями КАОП являются:

проведение УЗИ 2 экспертного уровня с архивированием ультразвуковых сканов, определение антропометрических показателей (рост, вес) и измерение уровня артериального давления в сроки 11-13 недель 6 дней у беременной прикрепленной территории (приложение 5) в целях выявления нарушений развития плода (ПРП, ХА, ЗРП), а также риска других осложнений беременности (ПЭ, ПР);

проведение УЗИ 2 экспертного уровня с архивированием ультразвуковых сканов в сроки 19-21 недель у беременной прикрепленной территории (приложение 5) в целях выявления нарушений развития плода (ПРП, ХА, ЗРП);

организация забора образца крови у беременной в сроки 11-13 недель 6 дней для определения материнских сывороточных маркеров (РАРР-А, β -ХГЧ);

направление образцов крови и результатов УЗИ, внесенных в талон-направление (приложение 6) в части КАОП, в МГК для биохимического исследования и расчета рисков ХА, ПЭ, ЗРП, ПР;

прием и учет заключений – протоколов расчета рисков из МГК, а также передачу их в прикрепленные медицинские организации;

ведение медицинской документации, формирование отчетов о проведении обследования в КАОП в I триместре беременности и во II триместре беременности (приложения 13, 14 соответственно) и предоставление ответственным лицам медицинских организаций ежемесячно в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

проведение методической работы с врачами прикрепленных медицинских организаций по вопросам организации антенатальной охраны плода.

4. Число врачей ультразвуковой диагностики, работающих в КАОП, определяется с учетом нагрузки на должность в соответствии с установленными нормативными документами.

5. Оснащение КАОП производится согласно установленным нормативным документам.

6. Врач эксперт пренатальной ультразвуковой диагностики нарушений развития ребенка (далее – эксперт) должен иметь:

сертификат специалиста/свидетельство об аккредитации по специальности «Ультразвуковая диагностика»;

сертификаты Fetal Medicine Foundation (далее FMF) на измерение толщины воротникового пространства, длины носовой кости, доплерометрии венозного протока, трикуспидальной регургитации, доплерометрии маточных артерий* с ежегодным подтверждением;

стаж работы по специальности не менее 7 лет**.

7. Эксперт взаимодействует со специалистами, ответственными за выполнение мероприятий пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, прикрепленных территориально медицинских организаций, и МГК в соответствии с приложением 1.

8. В КАОП может быть установлен модуль программно-аппаратного комплекса «Астрайя». При его наличии осуществляется введение всех полученных по пациенткам прикрепленной территории данных (анамнеза, антропометрических данных, ультразвукового исследования, иных данных) с передачей информации в программно-аппаратный комплекс «Астрайя» МГК в режиме on line, off line на электронном носителе или на бумажных носителях индивидуально по каждой пациентке еженедельно или ежемесячно в срок до 3 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Примечание:

*Допускается наличие у врача-эксперта ультразвуковой диагностики двух сертификатов FMF (на измерение толщины воротникового пространства, доплерометрии маточных артерий) в течение первого квартала работы по алгоритму раннего пренатального скрининга с последующим получением всех остальных сертификатов FMF.

**Допускается стаж работы по специальности менее 7 лет в случае отсутствия в медицинской организации специалистов ультразвуковой диагностики с необходимым стажем.

Приложение 5 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Перечень кабинетов антенатальной охраны плода
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

№	Наименование медицинской организации, в которой организован КАОП	Зона прикрепленного муниципального образования
1.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства»	гг. Сургут, Когалым Сургутский район Октябрьский район
2.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника №1»	г. Сургут
3.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 2»	
4.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 4»	
5.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Няганская окружная больница»	г. Нягань Октябрьский район Игримский район
6.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница»	г. Ханты-Мансийск Ханты-Мансийский район Березовский район Кондинский район (с. Болчары, с. Алтай, д. Кама)
7.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр»	г. Нижневартовск Нижневартовский район г. Покачи г. Радужный г. Лангепас г. Мегион
8.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Яцкив»	г. Нефтеюганск Нефтеюганский район г. Пыть-Ях
9.	Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»	г. Советский Советский район г. Югорск
10.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Урайская городская клиническая больница»	г. Урай пгт. Междуреченский Кондинский район
11.	Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница»	г. Белоярский Белоярский район

Приложение 6 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Штамп/печать
МО

Талон-направление беременной
в кабинет антенатальной охраны плода в I триместре беременности

№ _____

штрих-код

Скрининг назначен « _____ » г. _____ ч. _____ мин.

Данные о пациентке (заполняются в женской консультации):

Ф.И.О. беременной: _____ Номер карты
беременной _____
Дата рождения: _____ Этническая группа: белая; черная; азиатка; восточная азия; другое
Профессия _____ Телефон (моб.) беременной: _____
Адрес проживания: _____
Телефон (моб.): _____

Наименование направившей
МО: _____

Ф.И.О., печать
врача: _____
Конт. телефон
врача: _____

**АНАМН
ЕЗ:** Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребенка: нет; трисомия 21; трисомия 18;
другие _____
Количество беременностей всего: _____ в т.ч. прогрессирующих более 24 недель _____, завершившихся в 16-30
недель _____
Количество родов всего: _____ в т.ч. в 22-30 недель _____, в 31-36 недель _____, более 37 недель _____
Дата последних родов: _____ Срок беременности на момент родов при последней
беременности: _____ недель _____ дней

Курение: да; нет Наличие системной красной волчанки: да; нет Наличие АФС: да; нет

Сахарный диабет: да; нет При наличии сахарного диабета указать тип: первый второй гестационный

Лечение: нет; да: инсулин метформин диета Наличие хронической артериальной гипертензии: да; нет

Наличие преэклампсии в предыдущей беременности: да; нет Преэклампсия в семейном анамнезе: нет; да: у матери; у
сестры; у матери и сестры Наличие гипотрофии новорожденного в предыдущей беременности: да; нет

Зачатие: естественное; ЭКО; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; GIFT; ICSI / Если ЭКО, то укажите:
замороженная яйцеклетка: дата заморозки яйцеклетки _____ или возраст матери на период консервации _____ лет; донорская
яйцеклетка: дата рождения донора яйцеклетки _____ или возраст донора яйцеклетки _____ лет; донорский эмбрион: дата
рождения донора эмбриона _____ или возраст донора эмбриона _____ лет.

Индукция овуляции: да; нет Первый день последней менструации: _____

Данные УЗИ (проводится врачом, имеющим действующий сертификат FMF)

(заполняются в кабинете антенатальной охраны плода)

Дата: _____ Адрес
КАОП: _____

Ф.И.О. врача УЗИ: _____ ID _____ Ультразвуковой
аппарат: _____

Антропометрические данные на день исследования: Вес (кг) _____ Рост (см) _____

АД (D₁) _____ / ммHg; АД (D₂) _____ / ммHg; АД (S₁) _____ / ммHg; АД (S₂) _____ / ммHg;

Видимость: хорошая / удовлетворительная / слабая / ограничена

Обнаружено: обычная маточная беременность; угроза самоаборта; многоплодная беременность

Количество плодов: _____ Хориальность: моно; ди; Амниональность: моно; ди

1 плод: КТР _____ (мм), ТВП _____ (мм), сердцебиение плода _____ уд/мин

БПР _____ (мм), ОЖ _____ (мм), ДБК _____ (мм), ОГ _____ (мм)

носовая кость: норма/ аплазия, гипоплазия / другое _____

доплерография трикуспидального клапана: норма/ регургитация/ другое _____

PI – пульсационный индекс кровотока в венозном протоке _____

PI – пульсационный индекс кровотока в маточных артериях справа _____ слева _____

Длина цервикального канала _____ мм

ЭХО-маркеры нарушения развития плода: АВ-канал; голопроэнцефалия; диафрагмальная грыжа; омфалоцеле с выходом
кишечника; омфалоцеле с выходом печени и кишечника; мегагастрис _____ мм; другие _____

2 плод: КТР _____ (мм), ТВП _____ (мм), сердцебиение плода _____ уд/мин

БПР _____ (мм), ОЖ _____ (мм), ДБК _____ (мм), ОГ _____ (мм)

носовая кость: норма/ аплазия, гипоплазия / другое _____

доплерография трикуспидального клапана: норма/ регургитация/ другое _____

IP – пульсационный индекс кровотока в венозном протоке _____

ЭХО-маркеры нарушения развития плода: АВ-канал, голопрозэнцефалия, диафрагмальная грыжа, омфалоцеле с выходом кишечника, омфалоцеле с выходом печени и кишечника, мегацистис _____ мм, другие _____

Ф.И.О., подпись и печать врача КАОП:

Штамп КАОП

Ф.И.О. и подпись медсестры
КАОП:

Биохимический скрининг (забор крови должен проводиться однократно сразу после УЗИ – только при КТР 45-84 мм):

Дата забора крови: _____ 20____ г.

Ф.И.О. и подпись процедурной медсестры:

Примечание: Талон выдается беременной врачом акушером-гинекологом при направлении в кабинет антенатальной охраны плода вместе с памяткой по пренатальной диагностике. При явке в КАОП беременной также необходимо иметь с собой обменную карту, паспорт, действующий страховой полис обязательного медицинского страхования. При установленном КТР плода менее 45 мм должно быть назначено повторное УЗИ в скрининговый срок.

которых может оказывать на риск рождения ребенка с генной или хромосомной патологией или проблемы с протеканием беременности. Среди них выделяются следующие вещества: PAPP-A (белок, ассоциированный с беременностью), β -ХГЧ (хорионический гонадотропин).



Анализ крови на содержание этих веществ сдается вместе женщинами в **КАОП с 11 по 13^ю неделю беременности сразу после УЗИ. Кровь может сдаваться не натощак, достаточно не есть 2 часа до забора. Образец крови доставляется в медико-генетическую консультацию, где и выполняется анализ.**

В результате с помощью специальной компьютерной программы рассчитывается **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ** риск рождения ребенка с синдромом Дауна, Эдвардса и Патау, а также риск преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов с достоверностью до 95%. Результаты выдаются в течение 1-3 суток с момента поступления образца в МГК и передаются (при не измененном результате) по месту наблюдения женщины.

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ, ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕДАЕТСЯ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ, ГДЕ ЖЕНЩИНЕ БУДЕТ НАЗНАЧЕНА ПРОФИЛАКТИКА ЭТИХ СОСТОЯНИЙ БЕ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ.

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ РЕБЕНКА ЖЕНЩИНУ ПРИГЛАШАЮТ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ЧЕРЕЗ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ НА ПРИЕМ К ГЕНЕТИКУ ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

ПОМНИТЕ: ОТКЛОНЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТАХ СКРИНИНГА НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ТОМ, ЧТО РЕБЕНОК БОЛЕН!

ЭТО ЛИШЬ ПОВОД ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ ДОРОДОВОГО ИЗУЧЕНИЯ ХРОМОСОМ ПЛОДА.

В процессе медико-генетического консультирования врач-генетик может рекомендовать Вам проведение **ИНВАЗИВНОЙ** уточняющей диагностики.

Что же такое **ИНВАЗИЯ**? Это способ получения какого-либо материала плода (клеток, крови) без причинения вреда плоду. Полученные клетки подвергаются в дальнейшем



специальному высокоточному цитогенетическому анализу, позволяющему практически со 100% уверенностью исключить хромосомную патологию (около 300 болезней) у плода. Специальной подготовки к процедуре не требуется. Риск осложнений невелик, составляет 0,5-2,0%.

В разные сроки беременности в медико-генетической консультации проводятся разные виды **ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ** диагностики. Хорион- или плацентобиопсия применяется для получения небольших кусочков ворсин хориона (плаценты) в 11-16 / 16-20 недель беременности соответственно. Амниоцентез – забор околоплодных вод в 16-18 недель беременности. Кордоцентез – взятие крови из пуповины в 19-20 недель беременности.

Предпочтение отдается хорионбиопсии в 11-12 недель, как наименее опасной процедуре. Процедура проводится амбулаторно без анестезии под непосредственным ультразвуковым контролем. Длинной тонкой иглой делается пункция (прокол) живота, и берется либо небольшая порция хориона (плаценты) на анализ, либо 15 мл околоплодных вод, либо 1 мл крови из вены пуповины (не касаясь плода). Длительность процедуры 1-2 минуты. Готовность результата через 2-7 дней при хорионбиопсии, 5-14 дней при кордоцентезе, 15-21 дней при амниоцентезе. По результату инвазии проводится заключительное медико-генетическое консультирование, на котором обсуждается уточненный диагноз будущего ребенка и прогноз для его жизни и здоровья. Очень редко может потребоваться повторный забор материала. Ежегодно в МГК проводится около 500 инвазивных процедур, из них более чем в 400 случаях высокий риск хромосомной болезни не подтверждается.

ЗДОРОВЬЯ ВАМ И ВАШИМ СЕМЬЯМ!

**ХАНТЫ-МАНСЙСКИЙ
АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАЩЕНИЯ**



**ПРЕНАТАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА**

ПАМЯТКА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

ЗДРАВСТВУЙТЕ!



У Вас наступила долгожданная беременность, и мы с Вами хотим быть уверены в её благополучном завершении! Вы пришли на первый прием к Вашему врачу акушеру-гинекологу, который направил Вас на **ЭКСПЕРТНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**. Вы должны знать, что у каждой семьи, не знаясь от ответственности и числа уже рожденных детей, имеется небольшой риск рождения ребенка с задержкой роста или с врожденной патологией, в том числе хромосомной (самой частой из которых является синдром Дауна), потому что данные болезни не передаются по наследству, а возникают в момент зачатия, либо в первые месяцы беременности. Кроме того, течение беременности может осложняться такими состояниями, как преэклампсия, преждевременные роды.

Представляя собой процесс обследования здоровья беременной женщины и находящегося в матке плода, **ПРЕНАТАЛЬНАЯ (дородовая) диагностика** и базирующаяся на ее результатах **МЕТРИКА РЕБЕНКА** являются **важными** для каждого будущего родителя вопросы:



- Как будет протекать беременность?
- Болен ребенок или нет?
- Как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка?
- Возможно ли эффективное лечение болезни после рождения малыша?

Эти ответы позволяют семье осознанно и своевременно решить вопрос о дальнейшей судьбе беременности.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! Для правильного и своевременного расчета риска рождения ребенка с хромосомной патологией и определения оптимальной акушерской и послеродовой медицинской тактики (расчет риска акушерских осложнений), **КАЖДАЯ** беременная женщина ХМАО-Югры, вставшая на учет по месту жительства, должна пройти **КОМПЛЕКСНОЕ** обследование **ЭКСПЕРТНОГО УРОВНЯ** в сроке беременности с 11 недели до 13 недели, а при планировании – в 11-12 недель. Срок рассчитывается Вашим врачом.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ в специально созданных окружных кабинетах антенатальной охраны плода (КАОП) врачами ультразвуковой диагностики – специалистами-экспертами, прошедшими

специальное обучение, имеющими сертификат(ы) международной медицинской организации «Фонд медицины плода». Найдите свой кабинет по таблице.

№ кабинета	Пункт КАОП	адрес	учреждение
1	Сургут (определение Ваших наследственных заболеваний)	г. Сургут, ул. Сибирская, 1442 г. Сургут, ул. Фелюкина, 69 г. Сургут, пр. Мобильный, 41	Учреждение «Детская республика» Сургутская городская клиническая поликлиника №1 Сургутская городская клиническая поликлиника №2 Сургутская городская клиническая поликлиника №4
2	Сургутский район, Козыль, Октябрьский район	г. Сургут, пр. Пролетарский, 15	Сургутский районский клинический центр патологии беременности
3	г. Нефтеюганск, Пыть-Як, Нефтеюганский район	г. Нефтеюганск, 8А мкр., 16 стр.	Нефтеюганская окружная больница имени Н.И. Яковит
4	С. Эльмашинский район, Ханга-Мангайск, Юганский район, ст. Вольная, ст. Ата-1, Кама	г. Ханга-Мангайск, ул. Капитана, 40	Окружная клиническая больница
5	г. Белоярский, Белоярский район	г. Белоярский, ул. Выховская, 6	Белоярская районная больница
6	г. Нижневартовск, Мегоня, Радужный, Лаптево, Полевик, Нижневартовский район	г. Нижневартовск, ул. Ленина, 20	Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр
7	г. Няньки, Октябрьский район, Первомайский район	г. Няньки, ул. Восточная, 12	Нянькинская окружная больница
8	г. Урай, Копанский район, Юрск, Советский район	г. Урай, ул. Шверцова, 1 г. Советский, ул. Кленская, 33	Урайская городская клиническая больница Советская районная больница

* - Примечание: Расположение и число КАОП может изменяться в соответствии с действующим законодательством

ИЗ КАКИХ МЕТОДОВ состоит обследование?
Все методы **ПРЕНАТАЛЬНОЙ** диагностики можно разделить на две группы:

- протесивающие (скрининговые), неинвазивные;
 - уточняющие, инвазивные.
- Обследование, проводимое в КАОП, относится к протесивающим методам. **ПРОСЕИВАЮЩИЕ** методы позволяют лишь выделить женщин, имеющих повышенный риск рождения ребенка с наследственной или врожденной патологией, или повышенный риск осложненного течения беременности, поэтому эти методы называются **СКРИНИНГ (ОТБОР)**. **СКРИНИНГ** можно разделить на ультразвуковой и биохимический.



Согласно приказам Минздрава России, Департамент Югры УЗИ плода проводится каждой обратившейся беременной женщине дважды.

Первое исследование – ЭКСПЕРТНОЕ 2 уровня (проводится в КАОП в 11-13⁶ недель). Позволяет сформировать среди беременных группу риска, угрожаящую по рождению детей с пороками развития, хромосомными синдромами (например, с синдромом Дауна) и другими врожденными и наследственными заболеваниями. В это же время можно уточнить срок беременности, установить количество плодов, особенности формирования плаценты (детского места) и диагностировать некоторые наиболее грубые пороки развития.

Второе исследование – ЭКСПЕРТНОЕ 2 уровня (проводится в КАОП в 19-21 неделе), необходимо для оценки анатомии плода и исключения врожденных пороков развития, доступных УЗИ. Интервал от 19 до 21 недели оптимален для визуализации структур плода. В более ранние и более поздние сроки беременности многие структуры плода видны плохо, что создает предпосылки к пропуску некоторых пороков развития.

УЗИ в нескрининговые сроки, по показаниям проводится по месту Вашего врача.

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ УЗИ 1 ИЛИ 2 УРОВНЯ У ВРАЧА ВОЗНИКНУТ КАКИЕ-ЛИБО ПОДОЗРЕНИЯ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ПРИЗНАКОВ ВРОЖДЕННЫХ ИЛИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ПЛОДА, ВАС НАПРАВЯТ НА ЭКСПЕРТНОЕ УЗИ 3 УРОВНЯ.

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ. Всем беременным женщинам проводится забор крови из вены для оценки уровня так называемых сывороточных маркеров матери, т.е. веществ в сыровотке крови, колебание количества

Приложение 8 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Перечень показаний

для направления беременной на медико-генетическое консультирование
в медико-генетическую консультацию бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский окружной
клинический центр охраны материнства и детства»*

1. Высокий индивидуальный риск развития ХА плода по результатам пренатального скрининга I и II триместра (индивидуальный риск 1/100 и выше).
2. Установленный порок развития плода при экспертном ультразвуковом исследовании в I, II и III триместрах беременности.
3. Наличие в анамнезе установленной хромосомной аномалии, генной патологии или множественных врожденных пороков развития у ребенка или множественных пороков развития плода**.
4. Наличие в семье наследственных заболеваний.
5. Установленное носительство хромосомной аномалии или генной мутации.
6. Воздействие тератогенов во время беременности.
7. Возраст беременной 39 лет и старше при постановке на учет по беременности в срок позднее 13⁺⁶ недель.

Примечание:

* При направлении на третий уровень пренатальной диагностики беременной при себе необходимо иметь: обменную карту, паспорт, действующий страховой полис, а в сроке беременности до 20 недель: результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, мазка на степень чистоты влагалища 1-2 степени не позднее 10 дневного срока, тесты на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а в случае резус- отрицательной принадлежности беременной женщины – анализ крови на титр антител к резус фактору.

** В случае отсутствия информации о медико-генетическом консультировании семьи на этапе предгравидарной подготовки.

Приложение 9 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Перечень показаний для направления беременной
на экспертное ультразвуковое исследование третьего уровня*

1. Порок развития плода в любом сроке беременности**.
2. Высокий риск ХА плода по данным массового пренатального скрининга I триместра.
3. Увеличенное воротниковое пространство плода.
4. Тотальная водянка плода.
5. Ультразвуковые признаки ХА плода: укорочение трубчатых костей, измененная форма черепа, вентрикуломегалия, гиперэхогенный кишечник, увеличенная шейная складка, гиперэхогенный фокус в желудочках сердца. ***
6. Синдром задержки развития плода 2-3 степени.
7. По заключению врача генетика.
8. По заключению врача-эксперта пренатальной ультразвуковой диагностики.

Примечание:

* При направлении на третий уровень пренатальной диагностики беременной при себе необходимо иметь: обменную карту, паспорт, действующий страховой полис, а в сроке беременности до 20 недель: результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, мазка на степень чистоты влагалища 1-2 степени не позднее 10 дневного срока, тесты на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а в случае резус отрицательной принадлежности беременной женщины – анализ крови на титр антител к резус фактору.

** Скрининговые сроки – 11-21 недели беременности, в случае направления беременной в сроки, превышающие 34 недели беременности, вопрос о целесообразности направления следует решить коллегиально с учетом потенциальных рисков и пользы для беременной женщины и плода.

*** Пункт «5» является показанием только для экспертного ультразвукового исследования второго триместра до 21 недели беременности.

Приложение 10 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

(наименование и адрес медицинской организации)

**ПРОТОКОЛ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЭКСПЕРТНОГО УРОВНЯ
В I ТРИМЕСТРЕ (11 – 14 недель) БЕРЕМЕННОСТИ**

Дата исследования: _____ г. УЗ-аппарат: _____
Ф.И.О. беременной: _____ Возраст _____ лет
Первый день последней менструации: _____ Срок беременности _____ нед. _____ дней
Предполагаемый срок родов: _____
Вид исследования трансабдоминальный / трансвагинальный*
В полости матки визуализируется 1 живой плод**
Хориальность / амниональность при многоплодии: _____
Сердцебиение плода: частота сердечных сокращений плода: _____ уд./мин. / отсутствует.

ФЕТОМЕТРИЯ (мм) с указанием соответствия сроку беременности:

Копчико-теменной размер: _____ мм, соответствует _____ нед. _____ дней.
Бипариетальный размер: _____ мм, соответствует _____ нед. _____ дней.
Окружность головы: _____ мм, соответствует _____ нед. _____ дней.
Окружность живота: _____ мм.
Длина бедренной кости: _____ мм.
Другие фетометрические показатели по показаниям: _____

МАРКЕРЫ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ:

Толщина воротникового пространства: _____ мм
Кости основания носа: визуализируются _____ отсутствие / гипоплазия _____ не удалось оценить.
Пульсационный индекс в венозном протоке (PI) - _____.
Наличие регургитации через трикуспидальный клапан – есть/нет.
Оценка дополнительных маркеров хромосомных аномалий: не выявлено.

АНАТОМИЯ (указать: без изменений, выявлены изменения*, не удалось оценить):**

Голова: череп	без изменений
срединные структуры	без изменений
сосудистые сплетения	без изменений
интракраниальное пространство	визуализируется
Лицо: глазницы	без изменений
профиль	без изменений
Живот: желудок	визуализируется
кишечник	визуализируется
передняя брюшная стенка	без изменений
мочевой пузырь	визуализируется
Позвоночник:	без изменений
Сердце: ось	без изменений
позиция	без изменений
размеры	без изменений
4-х камерный срез	без изменений
срез через 3 сосуда	без изменений
Конечности: правая и левая рука (включая кисти)	без изменений
правая и левая нога (включая стопы)	без изменений

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА: данных не обнаружено.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛОДА: данных не обнаружено.

ХОРИОН, ПУПОВИНА:

Хорион: преимущественная локализация: передняя стенка / задняя стенка / дно матки; другое _____.

Структура хориона не изменена. Пуповина имеет 3 сосуда.

Место прикрепления пуповины к плаценте: центральное / краевое / оболочечное / осмотреть не удалось.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ШЕЙКИ И СТЕНОК МАТКИ: без особенностей.

Шейка матки (цервикометрия) _____ мм.

Внутренний зев сомкнут.

PI – пульсационный индекс кровотока в маточных артериях слева _____ / справа _____.

ОБЛАСТЬ ПРИДАТКОВ: не изменена. Желтое тело визуализируется в правом/левом яичнике, без особенностей.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена в связи с (указать причину).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Фетометрия соответствует _____ неделям _____ дням беременности. Ультразвуковых признаков пороков развития плода и маркеров хромосомных аномалий не выявлено.

РЕКОМЕНДОВАНО:

Ф.И.О. врача УЗД _____

Примечание:

* Необходимо выбрать один способ осмотра (трансабдоминально, трансвагинально), либо указать оба способа через запятую.

** При многоплодной беременности указывается число плодов, хориальность и амниональность.

*** При выявлении изменений требуется подробное описание.

(наименование и адрес медицинской организации)

**ПРОТОКОЛ СКРИНИНГОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЭКСПЕРТНОГО УРОВНЯ
ВО II ТРИМЕСТРЕ (19 – 21 недель) БЕРЕМЕННОСТИ***

Дата исследования: УЗ-аппарат:
 ФИО беременной: Возраст лет
 Первый день последней менструации: Срок беременности (гестационный) нед. дней
 Срок беременности по первому УЗИ (в 11 – 14 недель) нед. дней
 Кесарево сечение в анамнезе: нет / да. Предполагаемый срок родов
 Вид исследования: трансабдоминальный / трансвагинальный**
 В матке определяется 1 живой плод*** Положение/предлежание:
 Сердцебиение плода: частота сердечных сокращений плода: уд./мин., ритмичное / отсутствует,
 другое.

ФЕТОМЕТРИЯ (с указанием % при отклонении):****

Бипариетальный размер головки мм
 Лобнозатылочный размер головки мм
 Окружность головки мм
 Окружность живота мм
 Длина бедренной кости: правой мм; левой мм
 Длина костей голени: правой мм; левой мм
 Длина плечевой кости: правой мм; левой мм
 Длина костей предплечья: правой мм; левой мм
 Размеры плода соответствуют / не соответствуют сроку беременности / не симметричны и не позволяют судить о сроке беременности.
 Предполагаемая масса плода г.

АНАТОМИЯ (без изменений. выявлены изменения*****, не удалось оценить):

Голова: кости свода черепа без изменений
 полость прозрачной перегородки без изменений
 срединные структуры без изменений
 боковые желудочки мозга без изменений
 при наличии изменений: задние рога боковых желудочков справа мм; слева мм
 мозжечок без изменений (при наличии изменений: мм, (%))
 большая цистерна без изменений (при наличии изменений: мм)
 Лицо: губы без изменений
 профиль без изменений
 глазницы без изменений
 нос, ноздри без изменений
 Шея: без изменений
 Расположение внутренних органов: нормальное (situs solitus) / зеркальное (situs inversus) /
 неопределенное (situs ambiguus)
 Сердце (ЭХОКГ): ось не отклонена
 позиция без изменений
 размеры без изменений
 четырехкамерный срез сердца без изменений
 срез через три сосуда и трахею без изменений
 левый выносящий тракт без изменений
 правый выносящий тракт без изменений
 Грудная клетка: без изменений
 Позвоночник: без изменений
 Брюшная полость: желудок без изменений
 кишечник без изменений
 почки без изменений
 мочевой пузырь без изменений
 передняя брюшная стенка без изменений
 область пупочного кольца без изменений
 Конечности: правая и левая рука (включая кисти) без изменений

правая и левая нога (включая стопы) без изменений

Пол плода:

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА***:** данных не обнаружено.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЛОДА: ЭХО-маркеров ХА не обнаружено / наличие ЭХО-маркеров ХА (укорочение длины бедренной и плечевой кости, гиперэхогенный кишечник, гиперэхогенный фокус в правом желудочке сердца или в левом желудочке сердца, увеличение шейной складки, отсутствие визуализации костей носа, гипоплазия костей носа (длина носовой кости мм), умеренный гидронефроз, венрикуломегалия, кисты сосудистых сплетений, aberrантная правая подключичная артерия, другое).

ДОППЛЕРОМЕТРИЯ (при наличии показаний):

PI Артерии пуповины норма.

PI маточных артерий (среднее значение) норма.

Оценка дополнительных параметров (при наличии показаний):

Максимальная скорость в СМА (норма) Венозный проток

ПЛАЦЕНТА, ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ, ПУПОВИНА:

Преимущественная локализация плаценты (передняя стенка матки, задняя стенка матки, дно матки):

Структура плаценты: нормальная / выявлены изменения.

Положение по отношению к внутреннему зеву (высоко, низко: край на мм доходит до / перекрывает область внутреннего зева):

При наличии кесарева сечения в анамнезе: перекрывает ли плацента область постоперационного рубца: да / нет.

Количество околоплодных вод: норма / маловодие / многоводие (индекс амниотической жидкости см, максимальный карман см.)

Пуповина имеет 3 сосуда. Место прикрепления к плаценте: центральное / краевое / оболочечное / не удалось осмотреть.

ОБЛАСТЬ ПРИДАТКОВ, ТЕЛО, СТЕНКИ МАТКИ: без особенностей.

Шейка матки: длина цервикального канала (цервикометрия) мм. Внутренний зев сомкнут.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ: удовлетворительная / затруднена в связи с (указать причину).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Фетометрия соответствует неделям дням беременности. Ультразвуковых данных за пороки развития плода, маркеры хромосомных аномалий и гемодинамические нарушения не выявлено.

РЕКОМЕНДОВАНО:

Ф.И.О. врача УЗД _____.

Примечание:

* Настоящая форма протокола УЗИ может быть использована для внескрининговых сроков второго и третьего триместров беременности.

** Необходимо выбрать один способ осмотра (трансабдоминально, трансвагинально), либо указать оба способа через запятую.

*** При многоплодной беременности указывается число плодов, хориальность и амниональность. Значение показателей может быть оформлено дробью: значение показателей верхнего плода / значение показателей нижнего плода.

**** Фетометрия оценивается в мм с указанием соответствия процентильным значениям при отклонении.

***** При выявлении изменений требуется подробное описание.

Приложение 11 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Инструкция
по забору образцов крови для выполнения массового биохимического
скрининга I триместра беременности (РАРР-А, β -субъединицы ХГЧ)
в кабинете антенатальной охраны плода (11 – 13⁺⁶ недель)

1. Процедура забора крови осуществляется после ультразвукового исследования при КТР плода 45-84 мм.
2. Для забора крови используются вакуумные пробирки «для получения сыворотки с биологически инертным разделительным гелем».
3. До использования пробирки с гелем хранятся в сухом, защищенном от света месте при температуре не выше 25⁰С.
4. Забор венозной крови осуществляется натощак или не ранее 2 часов после последнего приема пищи.
5. Объем полученной периферической крови должен составлять не менее 5-10 мл в зависимости от объема пластиковой пробирки.
6. После заполнения пробирки содержимое осторожно перемешивается 5-6 раз с целью ускорения процесса коагуляции. Недопустимо встряхивание пробирки во избежание пенообразования и гемолиза!
7. Перед центрифугированием пробирка с венозной кровью выдерживается при комнатной температуре в течение 30 минут до полного образования сгустка.
8. После ретракции сгустка проба центрифугируется при 3000 об./мин. в течение 10 минут. При соблюдении режима центрифугирования разделительный гель занимает промежуточное место между сывороточной фракцией и форменными элементами крови и формирует устойчивый гелевый барьер. Пробирки с гелем недопустимо центрифугировать повторно, так как это может вызвать гемолиз. Гемолизированная сыворотка непригодна для исследований!
9. После центрифугирования пробирки замораживаются и хранятся при температуре -16⁰-20⁰С в морозильной камере или морозильном отделении двухкамерного холодильника до отправки в МГК. Повторные замораживания и размораживания пробирок с образцами крови недопустимы!
10. Доставка образцов крови в лабораторное отделение МГК осуществляется не реже 1 раза в 3 дня в сумках-холодильниках или специальных контейнерах на льду (или с использованием хладоэлемента).

Необходимо соблюдение вертикального положения пробирок (установка пробирки в штатив).

11. Время транспортировки должно быть максимально коротким для предотвращения размораживания пробирок в процессе транспортировки.

12. Каждая пробирка с образцом крови маркируется Ф.И.О. беременной и сопровождается талоном-направлением в кабинет антенатальной охраны плода (приложение 6), ксерокопией паспорта со страницами регистрации и страхового полиса обязательного медицинского страхования с обеих сторон. Специалист, производивший забор крови, ставит дату забора и свою подпись в соответствующей строке данного талона-направления.

Приложение 12 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
о проведении обследования в кабинете антенатальной охраны плода*
в I триместре беременности за _____ 20____ года
(ежемесячно, с нарастающим итогом)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Отчетный показатель	Кол-во
1.	Число женщин, направленных на обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 11-14 недель – всего:	
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 11-14 недель – всего:	
	в т.ч. комплексное (УЗИ и забор крови для выполнения массового биохимического скрининга I триместра (РАРР-А, β-ХГЧ)	
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 11-14 недель – всего:	
	в т.ч. по причине:	
	- малый срок беременности (КТР менее 45 мм)	
	- большой срок беременности (КТР более 84 мм)	
	- замершая беременность	
	- другие (не явка и др.)**	
4.	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель всего:	
	в т.ч. только по результатам УЗИ:	
	с пороками и маркерами	
	с пороками	
	с маркерами	
	только по биохимическим маркерам (РАРР-А, β-ХГЧ)	
	по биохимическим маркерам (РАРР-А, β-ХГЧ) и результатам УЗИ:	
	с пороками и маркерами	
	с пороками	
	с маркерами	
5.	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка всего:	
	в т.ч.:	
	отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	
	не отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* Данные отчета необходимы для формирования отчета медицинской организации для предоставления в МГК.

** Другие причины должны быть расшифрованы.

Приложение 13 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
о проведении обследования в кабинете антенатальной охраны плода*
во II триместре беременности за _____ 20____ года
(ежемесячно, с нарастающим итогом)

(наименование медицинской организации)		
№ п/п	Отчетный показатель	Кол- во
1.	Число женщин, направленных на обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
2.	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
3.	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
	в т.ч. по причине:	
	- малый срок беременности (менее 19 недель)	
	- большой срок беременности (более 21 недели)	
	- антенатальная гибель плода	
	- другие (не явка и др.)**	
4.	Выявлено плодов с маркерами ХА в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в сроке 11-14 недель, всего:	
	в т.ч.:	
	отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	
	не отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	
6.	Выявлено плодов с маркерами ХА в группе женщин, не прошедших комплексное обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в сроке 11-14 недель, всего:	
7.	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной диагностике нарушений развития, ребенка всего:	
	в т.ч.:	
	отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	
	не отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по данным пренатальной диагностики нарушений развития ребенка на втором уровне в сроке 11-14 недель	
8.	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в группе женщин, не прошедших комплексное обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в сроке 11-14 недель, всего:	

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* Данные отчета необходимы для формирования отчета медицинской организации для предоставления в МГК.

** Другие причины должны быть расшифрованы.

Приложение 14 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка
в I триместре беременности*

за _____ 20 ____ года
(ежемесячно, с нарастающим итогом)

(наименование медицинской организации)		
№ п/п	Показатели	
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 всего	
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	
	другие причины всего, в т.ч.***	
	самопроизвольный выкидыш	
	замершая (регрессирующая) беременность	
	большой срок беременности	
	обследованы вне ХМАО-Югры****	
	госпитализация в стационар	
	бездорожье	
4	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по развитию преэклампсии (ПЭ)	
5	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по задержке развития плода (ЗРП)	
6	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по преждевременным родам (ПР)	
7	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной аномалии плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель всего:	
	Из них: по результатам УЗИ	
	по материнским сывороточным маркерам (РАРР-А, В-ХГЧ)	
8	Число беременных группы высокого риска по хромосомной аномалии плода, направленных на пренатальную инвазивную диагностику всего:	
	по сочетанным маркерам (УЗИ+РАРР-А, В-ХГЧ)	

	Из них: число прошедших инвазивное обследование	
	число отказавшихся от инвазивного обследования	
9	Количество проведенных инвазивных процедур всего:	
	Из них: биопсия ворсин хориона	
	плацентоцентез	
	амниоцентез	
10	кордоцентез	
	Выявлено хромосомной аномалии у плода всего:	
	Из них: синдром Дауна	
	синдром Эдвардса	
	синдром Патау	
	синдром Шершевского-Тернера	
	синдром Клайнфельтера	
	другия хромосомные аномалии всего,(указать какие):	
Дисомия Y		
Тетраплоидия		
11	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
	из них: в сроке беременности до 14 недель	
	в сроке беременности до 22 недель	
	в сроке беременности после 22 недель	
12	Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, всего:	
	из них: в сроке беременности до 14 недель	
	в сроке беременности до 22 недель	
	в сроке беременности после 22 недель	
	Из них: по хромосомной аномалии (ХА)	
	по нежизнеспособным ПРП	
Из числа прерванных диагноз подтвержден патологоанатомически		
13	Число женщин, отказавшихся от прерывания беременности	
14	Число родившихся детей с пороками у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
	из них: не диагностированы при обследовании	
15	Число родившихся детей с пороками у женщин, непрошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка	
16	Число умерших детей в возрасте 0-1 год от ВПР	
	из них: ПРП не был диагностирован до рождения	

Подпись:.....

Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* Отчетная форма предоставляется в МГК для формирования единого сводного отчета МГК с целью предоставления в Департамент здравоохранения ХМАО – Югры.

** Расчет числа женщин, не прошедших обследование...проводится из числа всех женщин, вставших на учет по беременности.

*** Другие причины должны быть расшифрованы.

Приложение 15 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка
во II триместре беременности*

за _____ 20 ____ года
(ежемесячно, с нарастающим итогом)

(наименование медицинской организации)		
№ п/п	Показатели	Количество
1	Число женщин, направленных на обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
2	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
	из числа женщин, прошедших обследование в сроке 11-14 недель	
	из числа женщин, не прошедших обследование в сроке 11-14 недель	
3	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка в КАОП в сроке 19-21 недель – всего:	
	большой срок беременности (более 21 недели)	
	антенатальная гибель плода	
	другие ***	
	госпитализация в стационар	
	бездорожье	
	неявка	
	отпуск	
самопроизвольный выкидыш		
замершая (регрессирующая) беременность		
4	Выявлено плодов с маркерами ХА в сроке 19-21 недель, в группе женщин, прошедших комплексное обследование по ПД в КАОП в сроке 11-14 недель всего, в т.ч.:	
	отнесенных в группу высокого риска по ХА у плода по данным ПД в КАОП в сроке 11-14 недель	
	не отнесенных в группу высокого риска по ХА у плода по данным ПД в КАОП в сроке 11-14 недель	
6	Выявлено плодов с маркерами ХА в сроке 19-21 недель, в группе женщин, не прошедших комплексное обследование по ПД в КАОП в сроке 11-14 недель, всего:	
7	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в сроке 19-21 недель, в группе женщин, прошедших комплексное обследование по ПД в КАОП в сроке 11-14 недель, всего, в т.ч.:	

	отнесенных в группу высокого риска по ХА у плода по данным ПД в КАОП в сроке 11-14 недель	
	не отнесенных в группу высокого риска по ХА у плода по данным ПД в КАОП в сроке 11-14 недель	
8	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в сроке 19-21 недель, в группе женщин, не прошедших комплексное обследование по ПД в КАОП в сроке 11-14 недель, всего:	
9	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по ХА плода по ПД в КАОП в сроке 19-21 недель всего:	
10	Число беременных группы высокого риска по ХА у плода в сроке 19- 21 недель, направленных на пренатальную инвазивную диагностику всего:	
	Из них: число прошедших инвазивное обследование	
	число отказавшихся от инвазивного обследования	
	Перерасчет риска по УЗИ 3 уровня в сроке 19-21 неделя	
12	Количество проведенных инвазивных процедур всего:	
	Из них: плацентоцентез	
	амниоцентез кордоцентез	
11	Выявлено ХА плода в сроке 19-21 недель всего:	
	Из них: синдром Дауна	
	синдром Эдвардса	
	синдром Патау	
	синдром Шершевского-Тернера	
	синдром Клайнфельтера	
	другия хромосомные аномалии всего,(указать какие):	
	Дисомия Y Тетраплоидия и др.	
12	Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в сроке 19-21 недель, всего:	
	из них: в сроке беременности до 22 недель	
	в сроке беременности после 22 недель	
	Из них: по хромосомной аномалии по нежизнеспособным ПРП	

Подпись:.....

Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* Отчетная форма предоставляется в МГК для формирования единого сводного отчета МГК целью предоставления в Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округам – Югры.

** Расчет числа женщин, не прошедших обследование проводится из числа всех женщин, вставших на учет по беременности.

*** Другие причины должны быть расшифрованы.

Приложение 16 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка
по законченным случаям

за _____ 20 ____ года
(ежеквартально, с нарастающим итогом)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Отчетный показатель	Кол-во
1.	Количество законченных беременностей на конец отчетного периода	
	из них: родами, в т.ч. с ВПР	
	с хромосомной аномалией	
2.	Ультразвуковое исследование 2-го уровня (11-14 недель)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего,	
	из них: ПРП	
	маркеры хромосомных аномалий сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
3.	Ультразвуковое исследование 3-го уровня (11-14 недель)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего,	
	из них: ПРП	
	маркеры хромосомных аномалий сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
4.	Проведено исследований биохимическим скринингом I триместра (11-14 недель)	
	Группа высокого индивидуального риска (риск выше 1:100) (11-14 недель)	
5.	Проконсультировано генетиком (11-14 недель), в т.ч.: из группы высокого индивидуального риска (риск выше 1:100) (11-14 недель)	
	по изменениям, установленным по данным УЗИ (11-14 недель)	
	Проведено инвазивных процедур (по результатам обследования в 11-14 недель)	
6.	в т.ч.: хориоцентез	
	плацентоцентез	
	амниоцентез	
	кордоцентез	
7.	Ультразвуковое исследование 2-го уровня (19-21 неделя)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего, из них: ПРП	
	маркеры хромосомных аномалий	

	сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
8.	Ультразвуковое исследование 3-го уровня (19-21 неделя)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего,	
	из них: ПРП	
	маркеры хромосомных аномалий	
9.	сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
	Проконсультировано генетиком (15-21 недель)	
10.	в т.ч. по изменениям, установленным по данным УЗИ (19-21 неделя)	
	Проведено инвазивных процедур (по результатам обследования в 15-21 недель)	
	в т.ч.: плацентоцентез	
	амниоцентез	
11.	кордоцентез	
	Ультразвуковое исследование 1-го уровня (после 22 недель)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего,	
	из них: ПРП	
12.	маркеры хромосомных аномалий	
	сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
	Ультразвуковое исследование 3-го уровня (после 22 недели)	
	в т.ч.: выявлено патологии всего,	
13.	из них: ПРП	
	маркеры хромосомных аномалий	
	сочетание ПРП и маркеров хромосомных аномалий	
	Установлен диагноз хромосомной аномалии плода, всего	
14.	в т.ч. до 14 недель	
	в 14-22 недели	
	более 22 недель	
15.	Установлен диагноз ПРП, всего	
	в т.ч. до 14 недель	
	в 14-22 недели	
	более 22 недель	
16.	Проведен пренатальный консилиум, всего:	
	в т.ч. по ПРП плода,	
	из них: до 14 недель	
	в 14-22 недели	
	более 22 недель	
	в т.ч. по хромосомной аномалии плода,	
	из них: до 14 недель	
в 14-22 недели		
17.	более 22 недель	
	Рекомендовано прерывание беременности, всего:	
	в т.ч. в связи с нежизнеспособными ПРП,	
	из них: до 14 недель	
	в 14-22 недели	
	более 22 недель	
	в т.ч. в связи с хромосомными аномалиями,	
из них: до 14 недель		
в 14-22 недели		
более 22 недель		

17.	Прервано беременностей, всего:	
	в т. ч. в связи с нежизнеспособными ПРП,	
	из них: до 14 недель	
	в 14-22 недели	
	более 22 недель	
	в т.ч. в связи с хромосомными аномалиями,	
	из них: до 14 недель	
	в 14-22 недели	
18.	Число родившихся детей с ВПР у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
	из них: не диагностированы при обследовании	
	диагностированы до 14 недель	
	диагностированы в 14-22 недели	
19.	Число умерших от ВПР детей в возрасте 0-1 год	
	из них: ПРП не был диагностирован до рождения	

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Приложение 17 к приказу
 Департамента здравоохранения
 Ханты-Мансийского
 автономного округа – Югры
 от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет по катамнезу пороков развития плода, выявленных пренатально
 за _____ 20 _____ года
 (ежемесячная)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Ф. И. О. беременной	дата рождения	адрес	Выявлены			Прерваны (указать срок)			Исход													
				тип ПРП		в сроке беременности			Прерваны (указать срок)			роды											
				система	нозология	код МКБ 10	до 14 недель	до 22 недель	после 22 недель	до 14 недель	до 22 недель	после 22 недель	преждевременные	подтвержден после рождения	не подтвержден после рождения	система	нозология	код МКБ 10					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

Подпись:..... Ф.И.О.:.....
 Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:
 * Наличие признака указывается цифрой «1» (не пишется «да» или «нет»).

Приложение 18 к приказу
 Департамента здравоохранения
 Ханты-Мансийского
 автономного округа – Югры
 от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет по катамнезу группы высокого риска хромосомных аномалий плода,
 установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайа»

за 20 года
 (ежемесячная)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Ф.И.О. беременной	дата рождения	адрес	точный срок беременности при установлении риска*	риск ХА по Astraia**			наличие ПРП		инвазия				ИТОГИ									
					по трисомии 21	по трисомии 18	по трисомии 13	система	нозология	код МКБ X	согласие	отказ**	норма	патология	наименование патологии	код МКБ X	Прерывание беременности*** (значение буквой)		Роды**** (значение буквой)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.																							
2.																							
3.																							

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:
 Наличие признака в графах 12 – 16 указывается цифрой «1» (не пишется «да» или «нет»).
 * Срок беременности указывается в неделях и днях (например – 12,2, слово «недели» не пишется).

** Точное значение риска вносится в виде одного числа (второго из отношения) (например – риск 1 из 50 вносится как 50).

*** Любые причины не проведения инвазивной диагностики вводятся, как отказ от инвазивной диагностики.

**** Вносятся следующие исходы (в графу вносится только буква, например А или В):

- А. прерывание беременности по нежизнеспособным ППП в 1 триместре/во 2 триместре;
- В. прерывание беременности по хромосомной аномалии;
- С. прерывание беременности по желанию пациентки;
- Д. самопроизвольное прерывание беременности;
- Е. неразвивающаяся беременность.

**** Вносятся следующие исходы (в графу вносится только буква, например А или В):

- А. рождение здорового ребенка;
- В. рождение ребенка с с. Дауна;
- С. рождение ребенка с с. Патау;
- Д. рождение ребенка с с. Эдвардса;
- Е. рождение ребенка с с. Тернера;
- Ф. рождение ребенка с другими ХА;
- Г. рождение ребенка с ВПР; (Код МКБ 10);
- Н. неонатальная смерть до 1 недели после родов;
- І. неонатальная смерть после 1 недели после родов.

Приложение 19 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет по катмезу группы высокого риска преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов,
установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайа»

за _____ 20 _____ года
(ежемесячная)

№ п/п	Ф.И.О. беременной	дата рождения	адрес	риски (наименование медицинской организации)												исход беременности									
				преэклампсии				задержки развития плода				преждевременных родов				прерывание до 22 нед	по мед. показаниям	самостоятельный выкидыш	дата исхода беременности (12 м.г. (родов или прерывания))						
				значение**	профилактика назначалась	да	нет	значение**	профилактика назначалась	да	нет	значение**	профилактика назначалась	да	нет										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	28
				точный срок беременности при установлении диска*	значение**	профилактика назначалась	да	нет	спек беременности при развитии	да	нет	значение**	профилактика назначалась	да	нет	значение**	профилактика назначалась	да	нет	значение**	профилактика назначалась	да	нет		
							наименование препарата	доза препарата (в мг)		нет	да														

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* срок беременности указывается в неделях и днях (например – 12,2 недели, вносится как 12,2);

** цифрой «1» обозначается наличие повышенного риска ПЭ или / и ЗРП, или / и ПР; точное значение риска вносится в виде одного числа (второго из отношения) (например – риск 1 из 34 – вносится как 34);

*** в столбцах 9-12, 15-18, 20, 24 наличие признака обозначается цифрой «1».

Приложение 20 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет по случаям пропущенных пороков развития плода

за _____ 20 _____ года

(ежеквартальная)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Ф.И.О беременной	дата рождения	адрес	УЗИ во время беременности				исход беременности		Ф.И.О. ребенка	дата рождения	тип ВПР			Извещение в МТК отправлено ****						
				I триместр		II триместр		роды***	преждевременные			система	позология	код МКБ X							
				срок*	результат**	срок*	результат**														
1				5		6		7		8		9		10	11	12	13	14	15	16	
1																					
2																					

Подпись:..... Ф.И.О.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* срок беременности указывается в неделях и днях (например – 12,2 недели, вносится как 12.2);

** результат УЗИ при отсутствии ПРП и маркеров ХА указывается как «норма» буквой N, при наличии ПРП и/или маркеров ХА – указывается заключением из соответствующего протокола УЗИ;

*** вносится один из двух возможных исходов цифрой «1»;

**** цифрой «1» обозначается наличие отправленного извещения по ВПР в адрес МТК.

Приложение 21 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет по случаям пропущенных хромосомных аномалий плода

за _____ 20 ____ года
(ежеквартальная)

№ п/п	Ф.И.О. беременной	дата рождения	адрес	УЗИ во время беременности				исход беременности		Ф.И.О. ребенка	дата рождения	ХА				код МКБ Х *****	Издвещено в МГК *****													
				I триместр		II триместр		роль***	преклевревленные			хромосомный диагноз	без ВПР****	с ВПР				нозолия												
				срок*	результат**	срок*	результат**							система	нозолия															
1				5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18
1																														

Подпись:..... Ф.И.О.:.....

Дата:..... Контактный телефон:.....

Примечание:

* срок беременности указывается в неделях и днях (например – 12,2 недели вносится как 12,2);

** результат УЗИ при отсутствии ПРП и маркеров ХА указывается как «норма» буквой N, при наличии ПРП и/или маркеров ХА – указывается заключение из соответствующего протокола УЗИ;

*** вносится один из двух возможных исходов цифрой «1»;

**** цифрой «1» обозначается наличие признака;

***** указывается код МКБ Х по всем выявленным нозологиям (ХА и/или ПРП)

***** цифрой «1» обозначается наличие отпращенного извещения по ВПР в адрес МГК.

Приложение 23 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Отчет
медико-генетической консультации
по катамнезу группы высокого риска
преэклампсии, задержки роста плода и преждевременных родов,
установленной программно-аппаратным комплексом «Астрайа»
за _____ 20 _____ года
(ежегодная)

Показатели		установлен высокий риск (чел.)	И Т О Г И										
			развитие преэклампсии			задержка роста плода			преждевременные роды			Прерваны до 22 нед.	
			нет	да	нет сведений	нет	да	нет сведений	нет	да	нет сведений	выкидыш	по мел. показателям
Риск преэклампсии , всего		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
профилактика назначена	препаратами содержащими ацетилсалициловую кислоту. в дозе (мг):	50											
		75											
		100											
		125											
		150											
	Всего:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
другими препаратами													
профилактика не назначена													
Задержка роста плода. всего		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
профилактика назначена	препаратами содержащими ацетилсалициловую кислоту. в дозе (мг)	50											
		75											
		100											
		125											
		150											
	Всего:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
другими препаратами													
профилактика не назначена													
Преждевременные роды		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
профилактика назначена													
профилактика не назначена													

Подпись:.....

Ф.И.О.:.....

Дата:.....

Контактный телефон:.....

Приложение 24 к приказу
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры
от 4 апреля 2022 года № 579

Инструкция
по забору и доставке образцов abortного материала для проведения
цитогенетических исследований в лабораторном отделении МГК

1. Для цитогенетического исследования abortного материала используется материал эмбрионального происхождения – хорион или плацента и/или пуповинная кровь плода.

2. Для проведения цитогенетического исследования хориона или плаценты:

достаточно 20-30 г. материала (10-15 ворсинок длиной не менее 5-7 мм);

после процедуры прерывания беременности ткань хориона или плаценты немедленно помещается в стерильную пробирку с транспортной средой* или (при отсутствии транспортной среды) с физиологическим раствором (20мл. 0,9% NaCl + 1-2 капли гепарина (5000 ЕД в 1 мл)) комнатной температуры 22-24⁰С, (оптимально - до 37⁰С);

рекомендуется использовать стерильную пластиковую пробирку на 50 мл с завинчивающейся крышкой;

материал должен быть доставлен в лабораторное отделение как можно скорее (оптимально в течение 3 часов). Хранить и транспортировать пробирку с abortным материалом необходимо в специальном термоконтейнере при комнатной температуре 22-24⁰С (оптимально при температуре 37⁰С). При транспортировке необходимо обеспечить постоянство температуры.

3. Для цитогенетического исследования лимфоцитов пуповинной крови плода необходима только гепаринизированная кровь без сгустков в количестве не менее 1,0 мл. Возможны 3 варианта забора крови:

в вакутейнер с гепарином (колпачок и маркировка пробирки зеленого цвета);

в стерильный шприц с разведенным гепарином. Приготовление необходимого раствора гепарина: концентрированный гепарин (5000 ЕД в 1 мл) развести в физ. растворе в соотношении 1:20 (например, 0,2 мл гепарина и 4,8 мл физ. раствора). Раствор должен быть ВСЕГДА свежеприготовленным. Набрать 0,2-0,3 мл разведенного гепарина в 2×мл шприц, далее взять 1,0 мл пуповинной крови;

в стерильный шприц, обработанный концентрированным гепарином: набрать 1 мл концентрированного гепарина (5000 ЕД в 1 мл) в 2×мл шприц, потянуть на себя поршень, чтобы обработать стенки шприца

гепарином, затем полностью удалить гепарин из шприца и набрать 1,0 мл пуповинной крови;

после забора пробирку или шприц следует несколько раз плавно перевернуть вверх дном, чтобы кровь в пробирке перемешалась с антикоагулянтом. (В противном случае кровь свернется и культивирование лимфоцитов станет невозможным!!!);

после забора крови пробирку или шприц следует промаркировать;

транспортировать пробирку/шприц необходимо в специальном термоконтейнере с охлаждающими элементами или в термосе со льдом с прослойкой ватой при температуре 2-8 °С. При транспортировке необходимо обеспечить постоянство температуры. Пробирка с кровью не должна находиться непосредственно на льду и не должна замерзнуть!

Материал должен быть доставлен в лабораторное отделение МГК в течение 6 часов с момента забора. При невозможности доставки допускается хранение материала при температуре 2-8 °С не более 2 суток с момента забора.

4. На каждый образец исследуемого материала и каждый вид исследования должно быть оформлено отдельное направление установленного образца.

5. В направлении должны быть указаны социально-паспортные данные пациента, страховой полис, диагноз, код заболевания по МКБ-10, штамп МО, подпись и печать врача, время и дата забора образца биоматериала.

6. К направлению необходимо прикрепить ксерокопии паспорта или свидетельства о рождении и страхового полиса (с обеих сторон).

7. Прием биоматериала осуществляется в лабораторном отделении медико-генетической консультации по адресу: г. Сургут, пр. Пролетарский, 15, корпус Б, 1 этаж, с 08.00 до 16.00 (понедельник - пятница); с 08.00 до 10.00 (суббота).

Примечание:

* Предварительно пробирку с транспортной средой можно получить в лабораторном отделении МГК (например, после медико-генетического консультирования или перинатального консилиума в условиях БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» при отказе от инвазивной пренатальной диагностики). Пробирка с транспортной средой может храниться в течение 2 суток при температуре 2-8°С до момента забора материала.