



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
(Депздрав Югры)**

**П Р И К А З**

**О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
от 4 апреля 2022 года № 579 «О совершенствовании пренатальной  
(дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка  
в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре»**

от 30 мая 2023 года  
Ханты-Мансийск

№ 828

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2022 года № 15-4/3939, 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:**

Внести в приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 4 апреля 2022 года № 579 «О совершенствовании пренатальной (дородовой) диагностики нарушений состояния ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» следующие изменения:

1. Приложение 1 «Уровни проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» изложить в следующей редакции:

«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: «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр», «Окружная клиническая больница».

#### Организация проведения первого уровня пренатальной диагностики нарушения развития ребенка

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

2. Информация о контактных данных специалистов и их дублеров, 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 11-13<sup>+6</sup> недель беременности, а при ранней явке – в сроке 11-12 недель беременности (оптимальный срок – 11<sup>+3</sup> 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 б), 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<sup>+6</sup> 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](mailto:i.khomutova@surgut-kpc.ru) или [info-mgk@surgut-kpc.ru](mailto:info-mgk@surgut-kpc.ru):

ежемесячно, в срок до 3 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 3 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 врачами ультразвуковой диагностики, прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода), 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  $\beta$ -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 2 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 2 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  $\beta$ -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 абортного 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 5 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», «Нижневартовский 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.».



2. Приложение 4 «Положение о кабинете антенатальной охраны плода» изложить в следующей редакции:

«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 12, 13 соответственно) и предоставление ответственным лицам медицинских организаций ежемесячно в срок до 2 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;

свидетельство о повышении квалификации по проведению скринингового УЗИ беременных в I триместре (диагностике нарушений развития плода);

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 2 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.».

3. Приложение 10 «Протоколы ультразвукового скринингового исследования беременной женщины в I, II триместрах беременности» изложить в следующей редакции:

«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:**

Беременность \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_ дней. Ультразвуковых признаков пороков развития плода и маркеров хромосомных аномалий не выявлено.

**РЕКОМЕНДОВАНО:**

Ф.И.О. врача УЗД \_\_\_\_\_

**Примечание:**

\* Предполагаемая дата родов устанавливается однократно во время проведения первого скринингового ультразвукового исследования (по дате первого дня последней менструации - в случае отсутствия различия с гестационным сроком или наличия различий менее 5 дней, по КТР – в случае наличия различий с гестационным сроком более 5 дней).

\*\*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):\*\*\*\*\***

Бипаритетальный 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, вентрикуломегалия, кисты сосудистых сплетений, аберрантная правая подключичная артерия, другое).

**ДОПЛЕРОМЕТРИЯ (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:**

Беременность недель дней. 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.

\*\* Предполагаемая дата родов устанавливается однократно во время проведения первого скринингового ультразвукового исследования (по дате первого дня последней менструации - в случае отсутствия различия с гестационным сроком или наличия различий менее 5 дней, по КТР - в случае наличия различий с гестационным сроком более 5 дней).

\*\*\*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.».

1.4. Приложение 14 «Отчет медицинской организации о проведении пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в I триместре беременности» изложить в следующей редакции:

«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)

(наименование медицинской организации)

№ п/п	Наименование	КОЛИЧЕСТВО
1	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации <b>всего:</b>	
1.1	в сроке до 14 недель:	
2	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель <b>всего:</b>	
3	Число женщин, <b>не прошедших</b> обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель <b>всего:</b> <b>из них:**</b>	
3.1	из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:	
3.2	из-за отказа от обследования на экспертном уровне:	
3.3	другие причины***	
4	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель <b>всего:</b> <b>из них</b>	
4.1	по результатам УЗИ	
4.2	по материнским сывороточным маркерам (РАРР-А, В-ХГЧ)	
4.3	по сочетанным маркерам (УЗИ+РАРР-А, В-ХГЧ)	
5	Перерасчет риска по УЗИ 3 уровня Число беременных группы высокого риска по хромосомной патологии у плода, направленных на пренатальную инвазивную диагностику <b>всего:</b> <b>из них:</b>	
5.1	число прошедших инвазивное обследование	
5.2	отказавшихся от инвазивного обследования	
6	Количество проведенных инвазивных процедур <b>всего:</b> <b>из них:</b>	
6.1	биопсия ворсин хориона	

6.2	плацентоцентез	
6.3	амниоцентез	
6.4	кордоцентез	
7	Выявлено хромосомной патологии у плода <b>всего:</b> <b>из них:</b>	
7.1	Синдром Дауна:	
7.2	Синдром Эдвардса:	
7.3	Синдром Патау:	
7.4	Синдром Шерешевского-Тернера:	
7.5	Синдром Кляйнфельтера:	
7.6	Другие хромосомные аномалии (указать):	
8	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ПРП) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития, <b>всего:</b> <b>из них:</b>	
8.1	в сроке беременности до 14 недель	
8.2	в сроке беременности до 22 недель	
8.3	в сроке беременности после 22 недель	
9	Число пациентов, прошедших через региональный перинатальный консилиум	
10	Число проведенных телемедицинских консультаций с федеральным центром	
11	Число пациентов, направленных на федеральный перинатальный консилиум	
12	<b>Структура и число выявленных ПРП всего:</b> <b>из них:****</b>	
12.1	<b>Группа 1. Основные хромосомные аномалии (количество)</b>	
12.2	<b>Группа 2. Основные ПРП (количество)</b>	
12.3.1	<b>Группа 3 Всего,</b> <b>из них:</b> Группа 3.1. ПРП, требующие экстренного или срочного оперативного лечения в период новорожденности	
12.3.2	Группа 3.2. ПРП, требующие обследования, возможно отсроченное оперативное вмешательство после рождения	
12.4.1	<b>Группа 4 Всего,</b> <b>из них:</b> Группа 4.1. Критические ПРП, требующие кардиологического вмешательства	
12.4.2	Группа 4.2. Врожденные ПР сердца плода, требующие операционного вмешательства до трех месяцев жизни	
12.5	<b>Группа 5. ПРП, требующие активного диспансерного наблюдения</b>	
13	Исходы беременности при ХА и ПРП: Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, <b>всего:</b> <b>из них:</b>	
13.1	в сроке беременности до 14 недель	
13.2	в сроке беременности до 22 недель	
13.3	в сроке беременности после 22 недель	
13.1.1	по хромосомной патологии	
13.1.2	по нежизнеспособным ПРП	
14	Из числа прерванных беременностей диагноз подтвержден патологоанатомически	
15	Число женщин, отказавшихся от прерывания беременности	



16	Число родившихся детей с пороками у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка, всего:	
16.1	не диагностированы при обследовании	
17	Число родившихся детей с пороками у женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития	
18	Число умерших детей в возрасте 0-1 год от ВПР всего: из них	
18.1	ППП не был диагностирован до рождения	
19	Выписка детей с ВПР/ХА домой	
20	Перевод детей с ВПР/ХА в стационар, оказывающий специализированную помощь (хирургический, кардиологический, нейрохирургический)	
21	Аntenатальная гибель плода с ППП /ХА	
22	Младенческая смертность от ВПР/ХА	
23	Паллиативная помощь ребенку с ВПР/ХА	
24	Внутриутробные вмешательства: Общее количество внутриутробных вмешательств	
24.1	Фето-фетальный трансфузионный синдром	
24.2	Синдром обратной артериальной перфузии	
24.3	Крестцово-копчиковая тератома	
24.4	Аденоматоз легкого	
24.5	Обструкция нижних отделов мочевыводящих путей	
24.6	Врожденная диафрагмальная грыжа	
24.7	Амниотические тяжи	
24.8	Внутриутробная коррекция Spina bifida	
25.1	Скрининг на большие акушерские синдромы: Выявлен высокий риск преэклампсии по данным 1 го скрининга	
25.2	Проводилась профилактика аспирином в группах высокого риска (назначена до 16 недель беременности)	
25.3	Число женщин с умеренной преэклампсией во время беременности, родов из группы высокого риска	
25.4	Число женщин с умеренной преэклампсией во время беременности, родов	
25.5	Число женщин с тяжелой преэклампсией во время беременности, родов, послеродового периода из группы высокого риска	
25.6	Число женщин с тяжелой преэклампсией во время беременности, родов, послеродового периода	
25.7	Число женщин с эклампсией во время беременности, родов, послеродового периода из группы высокого риска	
25.8	Число женщин с эклампсией во время беременности, родов, послеродового периода	
26.1	Количество женщин с высоким риском ЗРП по данным 1-го скрининга	
26.2	Количество новорожденных малых к сроку гестации из групп высокого риска	
26.3	Количество новорожденных малых к сроку гестации	
27.1	Число женщин с высоким риском преждевременных родов по данным 1-го скрининга	
27.2	Число женщин с преждевременными родами из группы высокого риска	
27.3	Общее количество преждевременных родов	

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 Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

\*\* Расчет числа женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель проводится из числа всех женщин, вставших на учет по беременности.

\*\*\* Другие причины должны быть расшифрованы.

\*\*\*\* Распределение ПРП / ВПР по группам:

Группа 1: Основные хромосомные аномалии			
1	Трисомия 21		
2	Трисомия 13		
3	Трисомия 18		
4	Другие трисомии, полиплоидии		
5	Синдром Клайнфельтера		
6	Моносомия X		
7	Генетические синдромы, делеции, дупликации и другие значимые изменения кариотипа, сопровождающиеся снижением интеллектуального развития		
Группа 2: Основные ПРП / ВПР			
1	Акрания, анэнцефалия	21	Эпигнатус
2	Экзэнцефалия	22	Синдром Тричера-Коллинза
3	Голопрозэнцефалия	23	Микроцефалия
4	Гипоплазия доли мозжечка. Понтоцеребральная гипоплазия	24	Иниоэнцефалия
5	Выраженная вентрикуломегалия (размер задних рогов боковых желудочков более 15 мм)	25	Подтвержденное инфицирование плода вирусами токсоплазмы, герпеса, цитомегаловируса, зика-вируса или другая внутриутробная инфекция, сопровождающаяся вентрикуломегалией, гетеротопией коры мозга, внутрижелудочковым кровоизлиянием
6	Мальформация вены Галена	26	Гигантские менингоэнцефалоцеле и менингомиелоцеле
7	Порэнцефалические кисты	27	Двусторонний Поликистоз почек
8	Шизэнцефалия	28	Двусторонняя агенезия почек
9	Лисэнцефалия	29	Атрезия уретры
10	Гемимегалэнцефалия	30	Экстрофия мочевого пузыря
11	Стеноз водопровода мозга	31	Множественные пороки развития, в том числе в сочетании с хромосомными

					аномалиями
12	Атрезия гортани			32	Злокачественные опухоли
13	Аномалия лицевого черепа (анофтальмия)			33	Редукционные пороки конечностей, сопровождающиеся утратой всей кисти (или всей стопы) или большей части конечности
14	Циклопия			34	ЕЕС-синдром (эктродактилия-расщелина губы и неба)
15	Пробосцис			35	Гигантские менингоэнцефалоцеле и менингомиелоцеле
16	Ариния			36	Микроцефалия
17	Отоцефалия			37	Врожденные пороки сердца несовместимые с жизнью
18	Эпигнатус			38	Врожденная эктодермальная дисплазия (ихтиоз)
19	Синдром Тричера-Коллинза			39	Синдром каудальной регрессии
20	Микроцефалия			40	Неразделившиеся близнецы
<b>Группа 3: ВПР, требующие экстренного или срочного оперативного лечения в период новорожденности</b>					
<b>Группа 3.1 ВПР, требующие экстренного или срочного оперативного лечения в период новорожденности</b>			<b>Группа 3.2. ВПР, требующие обследования, возможно отсроченное оперативное вмешательство после рождения</b>		
1	Гастрошизис	7	Мекониевый перитонит	1	Кистозно-аденоматозная мальформация легких
2	Омфалоцеле	8	Спиномозговая грыжа	2	Секверстрация легочной ткани
3	Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом	9	Атрезия пищевода, бессвищевая форма	3	Бронхогенная киста
4	Низкая кишечная непроходимость	10	Атрезия и стеноз 12-перстной кишки	4	Тератома крестцово-копчиковой области
5	Аноректальные аномалии	11	Врожденная диафрагмальная грыжа	5	Лимфангиомы
6	Мекониевый илеус			6	Удвоение пищевода
				7	Удвоение кишечника
				8	Болезнь Гишпрунга
				9	Мультикистоз
				10	Мегауретер
				10	Гидронефроз
				11	Атрезия желчного пузыря
				12	Кисты яичников
<b>Группа 4</b>					
<b>Группа 4.1. Критические пороки сердца плода, требующие кардиохирургического вмешательства</b>					
1	ВПС с обструкцией системного кровотока: коарктация аорты/перерыв дуги аорты, синдром гипоплазии левых отделов сердца, критический стеноз клапана аорты;			7	Аортолегочное окно;
2	ВПС с обструкцией легочного кровотока, атрезия/стеноз легочной артерии с проток-зависимой гемодинамикой критическая форма аномалии Эбштейна тотальный аномальный дренаж легочных с рестрикцией на коллекторе			8	Гемитрункус

3	Простая транспозиция магистральных артерий;	9	Аномалия Тауссиг-Бинга без выраженной обструкции системного и легочного кровотока;
4	Простая транспозиция магистральных артерий с дефектом межжелудочковой перегородки более 6 мм;	10	ВПС с гиперволемией малого круга кровообращения, требующей суживания легочной артерии, или другого паллиативного кардиохирургического вмешательства
5	Тотальный аномальный дренаж легочных вен	11	Тетрада Фалло с агенезией клапана легочной артерии
6	Общий артериальный ствол;		
Группа 4.2. Врожденные пороки сердца плода, требующие оперативного вмешательства до трех месяцев жизни:			
1	Единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии;	4	Тетрада Фалло без выраженного комбинированного стеноза легочной артерии и/или без выраженной гипоплазии ствола и ветвей;
2	Атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;	5	Двойное отхождение магистральных артерий от правого (левого) желудочка (за исключением аномалии Тауссиг-Бинга) без выраженной обструкции системного и/или легочного кровотока.
3	Атрезия трикуспидального клапана без обструкции системы легочной артерии		
Группа: 5 ВПР, требующие активного диспансерного наблюдения			
1	Пиелозктазия	5	Паховые грыжи
2	Дистопия почек	6	Водянка оболочек яичка
3	Гипоплазия почки	7	Костно-суставные аномалии (изолированные)
4	Аномалия количества органов	8	Расщелины губы и неба (изолированные)

».

Исполняющий обязанности  
директора департамента



Е.В.Касьянова