

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ****РАСПОРЯЖЕНИЕ**

от 29 июля 2014 г. N 661-р

**О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ,
СТРАДАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (далее - Порядок), в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период, страдающих заболеваниями эндокринной системы:

1. Согласовать упразднение городского амбулаторного центра "Сахарный диабет и беременность", являющегося структурным подразделением СПб ГКУЗ "Диагностический центр (медико-генетический)".

2. Главному врачу СПб ГКУЗ "Диагностический центр (медико-генетический)" Романенко О.П.:

2.1. Исключить из штатного расписания учреждения городской амбулаторный центр "Сахарный диабет и беременность".

2.2. Представить в Комитет по здравоохранению на согласование штатное расписание с учетом изменения функции СПб ГКУЗ "Диагностический центр (медико-генетический)" и уточненное государственное задание.

2.3. Представить в отдел экономики и перспективного планирования Комитета по здравоохранению скорректированную смету расходов на 2014 год.

2.4. Осуществить мероприятия, предусмотренные трудовым законодательством, в связи с упразднением городского амбулаторного центра "Сахарный диабет и беременность".

3. Главному врачу СПб ГБУЗ "Центр планирования семьи и репродукции" (далее - Центр) Балдину А.В.:

3.1. Организовать в Центре работу по направлению "эндокринная патология при беременности" согласно алгоритму оказания консультативно-диагностической помощи беременным с различной эндокринной патологией (приложение 1), листу маршрутизации беременных женщин для выявления гестационного сахарного диабета (приложение 2), листу маршрутизации беременных женщин с диабетом 1-го и 2-го типов (приложение 3), листу маршрутизации беременных женщин с патологией щитовидной железы, диагностированной до беременности (приложение 4), с 01.09.2014.

3.2. Представить в Комитет по здравоохранению на согласование штатное расписание с учетом расширения функции Центра, на утверждение скорректированное государственное задание до 08.08.2014.

3.3. Представить в отдел экономики и перспективного планирования Комитета по здравоохранению дополнительный расчет к плану финансово-хозяйственной деятельности на 2014 год в срок до 08.08.2014.

3.4. Обеспечить ежеквартальное представление отчетов для ведения мониторинга и контроля оказания консультативной лечебно-диагностической помощи беременным женщинам с различной эндокринной патологией (приложение 5).

4. Начальникам отделов здравоохранения администраций районов Санкт-Петербурга в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период, страдающим заболеваниями эндокринной системы, рекомендовать исполнение данного распоряжения.

5. Главному внештатному специалисту Комитета по здравоохранению, главному акушеру-гинекологу Айламазяну Э.К. рассмотреть возможность обеспечения доступности и качества медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовый период, страдающим сахарным диабетом I и II типов, в соответствии с данным распоряжением.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.03.2001 N 147-р, а не приказ.

6. Считать утратившим силу приказ Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.03.2001 N 147-р "О создании городского амбулаторного центра "Сахарный диабет и беременность".

7. Контроль исполнения распоряжения возложить на Заместителя председателя Комитета по здравоохранению Засухину Т.Н.

Председатель
Комитета по здравоохранению
Колабутин В.М.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к распоряжению
Комитета по здравоохранению
от 29.07.2014 N 661-р

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С РАЗЛИЧНОЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

1. Ведение женщин с установленным сахарным диабетом 1-го или 2-го типа, диагностированным до беременности

1.1. В период наблюдения в медицинской организации (далее - базовое ЛПУ) (женской консультации) беременным женщинам с установленным сахарным диабетом 1-го или 2-го типа, диагностированным до беременности, проводятся следующие обследования:

- Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ), контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособностью.
- Клинический анализ крови.
- Тиреотропный гормон (далее - ТТГ), Тироксин свободный (далее - Т4св).
- Гемостазиограмма.
- Гликемический профиль (самоконтроль глюкозы крови 6-8 раз в день).
- Гликированный гемоглобин (далее - HbA1c) 1 раз в триместр.
- Общий анализ мочи (далее - ОАМ) (с определением кетонов в моче).
- При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.

- Электрокардиограмма (далее - ЭКГ) в каждом триместре.
- Консультация офтальмолога 3 раза за беременность
- Консультация невролога.
- Самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи и через 1 час после.

1.2. При первой явке в женскую консультацию акушер-гинеколог (лечащий врач) направляет беременных женщин с установленным сахарным диабетом 1-го и 2-го типов, диагностированным до беременности, в НИИ АГ им. Д.О.Отта РАН для динамического наблюдения в течение всей беременности.

1.3. Базовый спектр обследований беременных женщин на уровне НИИ АГ им. Д.О.Отта РАН:

- УЗИ-контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособностью с определением околоплодных вод - по показаниям. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и в 30 недель и кардиотокография плода в динамике.

По показаниям:

- Клинический анализ крови.
- ТТГ, св.Т4.
- Гемостазиограмма.
- Гликемический профиль.
- Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр.
- ОАМ (с определением кетонов в моче).
- При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.
- Проба Реберга при первой явке и по показаниям.
- ЭКГ в каждом триместре.
- Суточная протеинурия и глюкозурия по назначению врача-эндокринолога.
- Бактериологический посев мочи в 16 недель и по показаниям.
- Консультация офтальмолога (глазное дно с расширением зрачка) - 1 раз в триместр, при развитии пролиферативной диабетической ретинопатии (далее - ДР) или выраженном ухудшении препролиферативной ДР - безотлагательная лазеркоагуляция.
- Консультация невролога.
- Контроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи и через 1 час после еды.

1.4. Плановая госпитализация беременных женщин с диагнозом сахарный диабет 1-го и 2-го типов осуществляется в НИИ АГ им. Д.О.Отта РАН в следующие сроки:

До 10-11 недели беременности для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности, подбора терапии, компенсации сахарного диабета, оценки осложнений, принятия решения о дальнейшей тактике лечения и о прерывании беременности.

В 21-24 недели для компенсации углеводного обмена.

В 32 недели для дальнейшего мониторинга течения беременности и сахарного диабета.

Показанием для госпитализации на любом сроке беременности служит:

- Декомпенсация сахарного диабета.
- Ухудшение состояния плода.
- Присоединение преэклампсии.
- Угроза прерывания беременности.

1.5. В 36-37 недель показанием для госпитализации является решение вопроса о родоразрешении (в НИИ АГ им. Д.О.Отта РАН, СПб ГБУЗ "Родильный дом N 6").

2. Диагностика и ведение беременных женщин с гестационным сахарным диабетом (далее - ГСД)

2.1. При взятии на учет в ранние сроки беременности всем женщинам в женской консультации проводится определение уровня глюкозы в сыворотке крови (биохимический анализ крови). Если уровень глюкозы $\geq 6,0$ ммоль/л, беременная посылается на консультацию в ЦПСР.

2.1.1. В остальных случаях в 12-13,6 недели беременности (либо сразу в случае постановки на учет в более поздние сроки) акушер-гинеколог в обязательном порядке направляет беременных женщин для определения уровня глюкозы венозной плазмы натощак (определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течение не менее 8 часов и не более 14 часов). Данное обследование проводится в женской консультации. При показаниях уровня глюкозы в венозной плазме натощак $\geq 5,1$ ммоль/л акушер-гинеколог (лечащий врач) женской консультации направляет беременных женщин в ЦПСР для дальнейшего динамического наблюдения в течение всей беременности.

2.1.2. В базовом ЛПУ (женской консультации) акушер-гинеколог (лечащий врач) всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделями проводится пероральный глюкозотолерантный тест (далее - ПГТТ) с 75 г глюкозы.

2.1.3. Для дальнейшего динамического наблюдения в течение всей беременности акушер-гинеколог (лечащий врач) базового ЛПУ (женской консультации) направляет беременных женщин в ЦПСР при следующих показаниях:

- Глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л;
- Через 1 час после 75 гр. глюкозы ≥ 10 ммоль/л;
- Через 2 часа после 75 гр. глюкозы $\geq 8,5$ ммоль/л.

2.2. Базовый спектр обследования беременных женщин с ГСД на уровне ЦПСР:

- УЗИ-контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособностью с определением околоплодных вод - по показаниям. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и в 30 недель и КТГ плода в динамике.

По показаниям:

- Клинический анализ крови.
- ТТГ.
- Гемостазиограмма.
- Гликемический профиль.
- Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр.
- Самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи и через 1 час после них.
- ОАМ (с определением кетонов в моче).
- При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.
- Проба Реберга.
- ЭКГ в каждом триместре.

2.3. Госпитализация в стационар ЦПСР при диагностированном ГСД или при инициации инсулинотерапии не обязательна и зависит от наличия акушерских осложнений. Обучение инсулинотерапии производится в амбулаторных условиях.

2.4. Показания для госпитализации пациенток ГСД в ЦПСР определяет эндокринолог ЦПСР.

2.5. ГСД сам по себе не является показанием к досрочному родоразрешению, плановому кесареву сечению и госпитализации для родоразрешения в специализированное медицинское учреждение.

3. Ведение беременных женщин с патологией щитовидной железы, выявленной до и во время беременности

3.1. При постановке на учет в женской консультации по назначению лечащего врача

рекомендована оценка уровня ТТГ для выявления нарушения функции щитовидной железы.

При отсутствии отягощенного анамнеза по заболеваниям щитовидной железы и нормальных показателях ТТГ (0,2 - 2,5 мМЕ/мл) консультация эндокринолога и последующий контроль тиреоидного статуса не требуются.

3.2. Беременным женщинам с наличием в анамнезе:

- нарушений функции щитовидной железы, послеродового тиреоидита;
- с антителами к щитовидной железе;
- с диффузным нетоксическим зобом;
- с предшествовавшим облучением головы и шеи

в женской консультации проводится контроль ТТГ - 1 раз в 4 недели в первой половине беременности, и 1 раз между 26 и 32 неделями беременности. При нормальных показателях ТТГ консультация эндокринолога в ЦПСР не требуется.

3.3. Показания для направления на консультацию эндокринолога в ЦПСР:

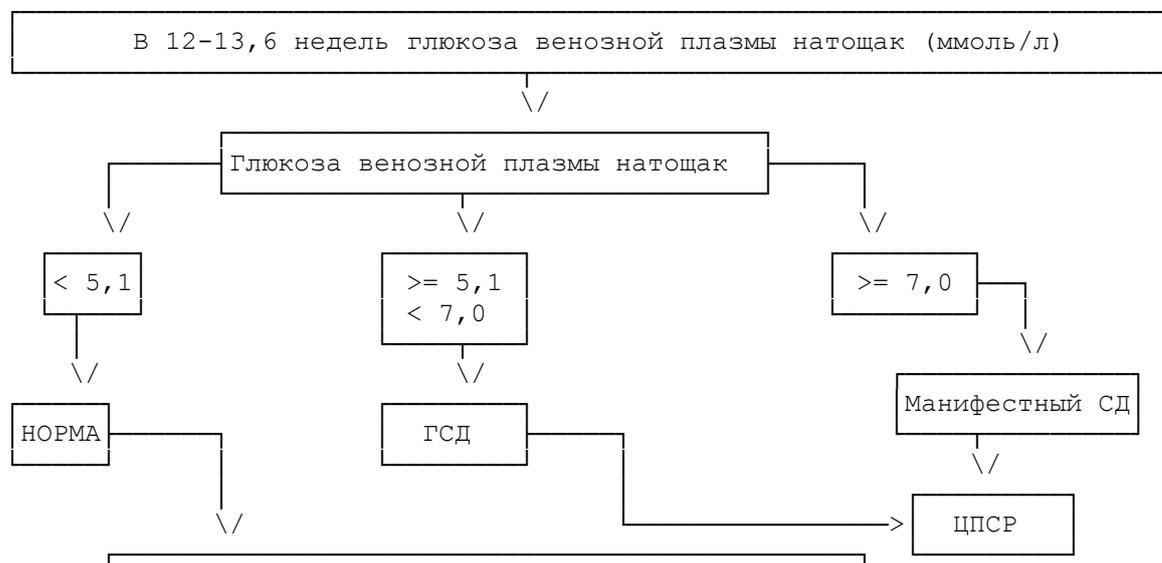
- Аутоимунный тиреоидит (далее - АИТ)
- Диффузный токсический зоб (далее - ДТЗ), в т.ч. в анамнезе
- Узловой зоб
- Операции на щитовидной железе в анамнезе
- Прием левотироксина, в т.ч. в анамнезе
- Отклонения в результатах базового обследования:

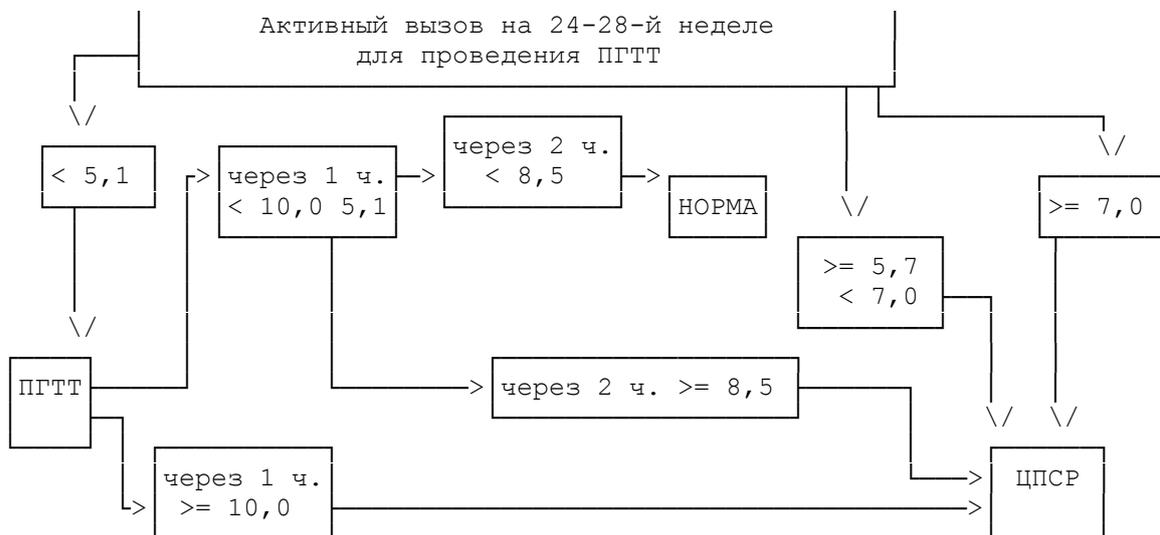
- ТТГ $\left| \begin{array}{l} \wedge \\ 2,5 \text{ или} \\ \vee \end{array} \right| \begin{array}{l} 0,2 \\ \vee \end{array}$ мМЕ/мл - I триместр

- ТТГ $\left| \begin{array}{l} \wedge \\ 3,0 \text{ или} \\ \vee \end{array} \right| \begin{array}{l} 0,3 \\ \vee \end{array}$ мМЕ/мл II-III триместр

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к распоряжению
Комитета по здравоохранению
от 29.07.2014 N 661-р

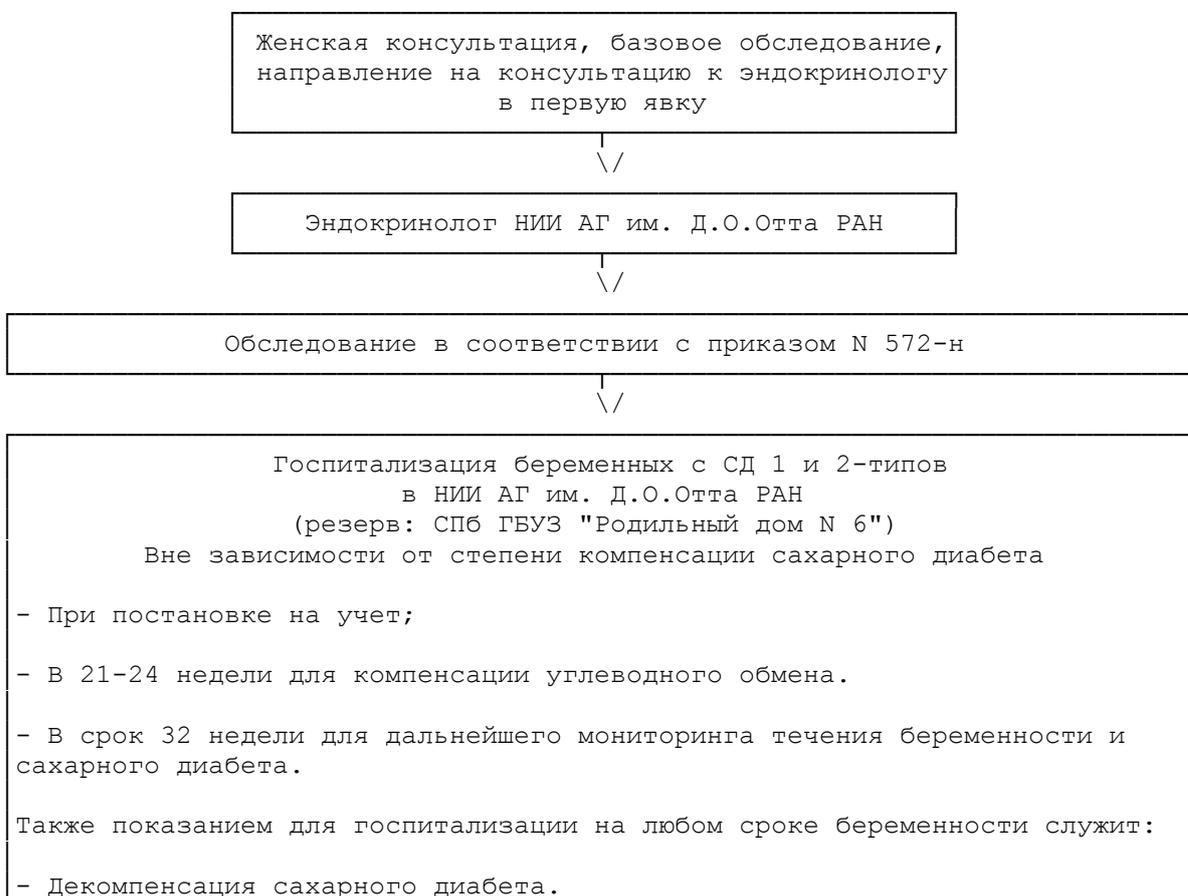
І - ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА (ГСД)





ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к распоряжению
Комитета по здравоохранению
от 29.07.2014 N 661-р

II - ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО И 2-ГО ТИПОВ, ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ДО БЕРЕМЕННОСТИ



- Ухудшение состояния плода.
- Присоединение преэклампсии.
- Угроза прерывания беременности.

В 36-37 недель госпитализация для решения вопроса о родоразрешении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к распоряжению
Комитета по здравоохранению
от 29.07.2014 N 661-р

III - ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЕННОЙ ДО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Женская консультация

1. Скрининговое определение уровня ТТГ по назначению лечащего врача (норма 0,2-2,5 мМЕ/мл)
2. При наличии в анамнезе:
 - нарушений функции щитовидной железы,
 - послеродового тиреоидита,
 - антител к щитовидной железе,
 - диффузного нетоксического зоба,
 - предшествовавшего облучения головы и шеи

проводится контроль ТТГ - 1 раз в 4 недели в первой половине беременности и 1 раз между 26 и 32 неделями беременности.

При нормальных показателях ТТГ консультация эндокринолога в ЦПСР не требуется.



Показания для консультации и дальнейшего наблюдения у эндокринолога в

СПб ГБУЗ "Центр планирования семьи и репродукции"

- Аутоиммунный тиреоидит (далее - АИТ)
- Диффузный токсический зоб (далее - ДТЗ), в т.ч. в анамнезе
- Узловой зоб
- Операции на щитовидной железе в анамнезе
- Прием левотироксина, в т.ч. в анамнезе
- Отклонения в результатах базового обследования:

/\
- ТТГ | 2,5 или | 0,2 мМЕ/мл - I триместр
 \

/\
- ТТГ | 3,0 или | 0,3 мМЕ/мл II-III триместр
 \

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к распоряжению
Комитета по здравоохранению
от 29.07.2014 N 661-р

**ФОРМА ЕЖЕКВАРТАЛЬНОГО ОТЧЕТА
ОБ ОКАЗАНИИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БЕРЕМЕННЫМ С РАЗЛИЧНОЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
В СПБ ГБУЗ "ЦЕНТР ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ"
(ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
НЕ ПОЗДНЕЕ 15 ЧИСЛА МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ ПЕРИОДОМ)**

Показатель	Значение показателя
Общее число посещений кабинета "эндокринная патология при беременности"	
Из них по нозологии	
Е 024.0 СД, существовавший ранее (инсулинзависимый)	
Е 024.1 СД, существовавший ранее (инсулиннезависимый)	
Е 024.4 СД, возникший во время беременности	
Е 099.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	

Е 03.8 Гипотиреоз	
Е 05.8 Тиреотоксикоз	
Е 06.3 Аутоимунный тиреоидит	
В том числе первичных посещений	
Из них по нозологии	
Е 024.0 СД, существовавший ранее (инсулинзависимый)	
Е 024.1 СД, существовавший ранее (инсулиннезависимый)	
Е 024.4 СД, возникший во время беременности	
Е 099.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	
Е 03.8 Гипотиреоз	
Е 05.8 Тиреотоксикоз	
Е 06.3 Аутоимунный тиреоидит	
Общее число беременных с нарушением углеводного обмена	
Количество исследований уровня глюкозы в крови	
Количество проведенных проб на толерантность к глюкозе	
Количество исследований гликированного гемоглобина	
Количество исследований микроальбуминурии	
Взято на диспансерный учет	

Госпитализировано	
-------------------	--
