



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

25.03.2022 № 396

г.Мінск

ПРИКАЗ

г.Минск

О проведении
комбинированного скрининга
беременных 1 триместра

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях повышения качества оказания помощи беременным и повышения выявления хромосомных болезней у плода в пренатальном периоде

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию о порядке проведения комбинированного скрининга беременных 1 триместра для выявления групп высокого риска по хромосомным болезням (прилагается).

2. Начальникам главных управлений по здравоохранению облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» организовать работу по обеспечению проведения комбинированного скрининга беременных 1 триместра для выявления групп высокого риска по хромосомным болезням в соответствии с настоящим приказом.

3. Контроль исполнения приказа возложить на первого заместителя Министра Кроткову Е.Н.

Министр

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО
Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.03.2022 № 396

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке проведения комбинированного скрининга беременных 1 триместра для выявления групп высокого риска по хромосомным болезням

1. Настоящая Инструкция определяет порядок проведения комбинированного скрининга беременных 1 триместра для выявления групп высокого риска по хромосомным болезням.

2. Комбинированный пренатальный скрининг направлен на формирование группы высокого риска по выявлению числовых нарушений хромосом, наиболее частые из которых синдром Дауна (трисомия 21), синдром Эдвардса (трисомия 18), синдром Патау (трисомия 13).

Комбинированный пренатальный скрининг беременных 1 триместра включает ультразвуковое исследование плода, определение трофобластических белков (сывороточных маркеров), расчет риска с использованием зарегистрированных компьютерных программ, предназначенных для комбинированного скрининга беременных 1 триместра, контроль результативности (качества) скрининга.

3. Организации здравоохранения для проведения ультразвукового скрининга беременных определяются приказом главного управления по здравоохранению облисполкома, Комитета по здравоохранению Мингорисполкома. Для жительниц г. Минска скрининг беременных 1 триместра по согласованию выполняется в отделении пренатальной диагностики государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее - РНПЦ «Мать и дитя»).

4. Для проведения ультразвуковых исследований при беременности (далее - ультразвуковой скрининг) направляются все беременные в следующие гестационные сроки: не менее 11 недель 0 дней и не более 13 недель 6 дней, при копчико-теменном размере (далее - КТР) плода от 40 мм до 80 мм.

5. Ультразвуковой скрининг беременным проводится по направлению врачей-акушеров-гинекологов женских консультаций по месту жительства (пребывания) беременной.

6. Направление для проведения комбинированного скрининга беременным оформляется в соответствии с приложением.

7. Организации здравоохранения для проведения лабораторных биохимических исследований комбинированного скрининга беременным, порядок взятия проб крови и транспортировки биологического материала определяются приказом главного управления по здравоохранению облисполкома, Комитета по здравоохранению Мингорисполкома. Для жительниц г. Минска биохимические исследования по согласованию выполняются в РНПЦ «Мать и дитя».

8. Для проведения комбинированного скрининга беременных биохимические исследования крови (с использованием маркеров PAPP-A и β -ХГЧ) выполняются беременным с КТР плода не менее 40 мм и не более 70,4 мм.

9. Забор венозной крови для проведения лабораторного этапа комбинированного скрининга беременных 1 триместра осуществляется в день проведения ультразвукового исследования или не позднее 48 часов после него.

10. Забор и транспортировка биологических образцов производятся в соответствии с Инструкцией о порядке организации преаналитического этапа лабораторных исследований, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2015 г. № 1123.

11. Расчет риска наличия хромосомной патологии у плода по результатам ультразвуковых и биохимических исследований проводится с помощью зарегистрированных компьютерных программ, предназначенных для комбинированного скрининга беременных 1 триместра.

12. При КТР 71-80 мм расчет риска по хромосомным болезням выполняется только по ультразвуковым маркерам (толщина воротникового пространства и КТР плода) и возрасту беременной.

13. В результате исследований выделяется группа высокого риска по хромосомной патологии плода при расчетном значении риска 1:360 и выше для синдрома Дауна, 1:2000 и выше для синдрома Патау и синдрома Эдвардса.

14. Беременные группы высокого риска по хромосомным болезням плода направляются для медико-генетического консультирования и определения объема дальнейшей пренатальной диагностики:

жительницы Минска и Минской области - в отделение пренатальной диагностики РНПЦ «Мать и дитя»;

жительницы остальных регионов - в областные медико-генетические центры (отделения, консультации) по месту жительства (пребывания) беременной.

15. Инвазивная пренатальная диагностика выполняется в соответствии с:

Инструкцией о порядке проведения медико-генетического консультирования и диагностики граждан в государственных организациях здравоохранения, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2007 г. № 26;

Инструкцией «Метод инвазивной пренатальной диагностики хромосомной патологии плода», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2014 г. № 153-1113.

16. Аудит проводится не реже 1 раза в 6 месяцев областными медико-генетическими центрами (отделениями, консультациями), для женского населения г.Минска и Минской области - РНПЦ «Мать и дитя», с использованием опций, предусмотренных зарегистрированными компьютерными программами, предназначенными для комбинированного скрининга беременных.

17. Расчетная диагностическая чувствительность скрининга должна составлять не менее 75% при частоте ложноположительных результатов не более 3,5% (величина группы риска).

18. Контрольный аудит проводит РНПЦ «Мать и дитя» не реже 1 раза в год.

Приложение
к Инструкции о порядке проведения
комбинированного скрининга
беременных 1 триместра для
выявления групп высокого риска по
хромосомным болезням

Форма

Направление для проведения комбинированного скрининга беременных

Фамилия пациента			Имя			Отчество							
Домашний адрес, улица			№ дома	корп.	кв.	Домашний телефон							
Деревня			Район			Область							
Город		Почтовый код		Служебный телефон		Дата рождения		Масса тела	Курение				
						Число	Месяц	Год	Кг				
									<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Женская консультация, роддом, больница №			Участок №		Отделение								
Фамилия наблюдающего врача			Имя			Отчество							
Сахарный диабет	Менструальный цикл		ПДПМ		ЭКО дата взятия	ВМИ дата выемки	Беременность						
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Рег. <input type="checkbox"/> Нерегулярный				Число	Месяц	Год						
Роды	<input type="checkbox"/> Гепатит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Опухоли	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Диагноз								
Угроза прерывания	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да в сроке		неделя	Стационарное лечение туберкулеза	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да в сроке		неделя						
Предыдущие беременности закончились рождением ребенка <input type="checkbox"/> , прерыванием беременности по генетическ. показан. <input type="checkbox"/>													
Здорового <input type="checkbox"/> Больного <input type="checkbox"/> Диагноз пороков развития													
Хромосомных заболеваний: синдром Дауна, Эдварса, Патау, Тернера, Кляйфельтера и др.													
Число беременностей, закончившихся рождением (прерыванием) больного <input type="checkbox"/> Прием медикаментов в настоящую беременность													
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Какие:													
Дата УЗС		Число плодов		Сердцебиение		КТР 1	КТР 2	КТР 3	NT1				
Число		Месяц		Год		1-й плод	2-й плод	3-й плод	мм				
						<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
						мм	мм	мм	мм				
NT2	NT3	Результаты ультразвукового сканирования плода:											
мм	мм	Пустой плодный мешок	1	2	3	Беременность отсутствует	Замерший плод	1	2	3			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Пузырный занос	<input type="checkbox"/>	Эктопическая беременность	<input type="checkbox"/>	Водянка плода	1	2	3	Пороки развития	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	1	2	3	
Spina bifida отдел позвоночника:													
Диагноз анэнцефалия	<input type="checkbox"/>	краниорахизис	<input type="checkbox"/>	гидроцефалия	<input type="checkbox"/>	шейный	<input type="checkbox"/>	грудной	<input type="checkbox"/>	поясничный	<input type="checkbox"/>	пояснично-крестцовый	<input type="checkbox"/>
Энцефалоцеле, локализация													
крестцовый	<input type="checkbox"/>	лобно	<input type="checkbox"/>	носо-лобно	<input type="checkbox"/>	затылочное	<input type="checkbox"/>	теменное	<input type="checkbox"/>	голопроцефалия	<input type="checkbox"/>	др. пороки НС	
пр. сердца:													
Кисты почек:													
омфалоцеле	<input type="checkbox"/>	число кист		правая почка	<input type="checkbox"/>	левая почка	<input type="checkbox"/>	Атрезия почек	<input type="checkbox"/>	Атрезия уретры	<input type="checkbox"/>	ПР, конечностей	
пороки развития,													
Множественные ПР:													
Фамилия врача ультразвуковой диагностики													
Дата забора крови													
Анализ:	<input type="checkbox"/> Первичный <input type="checkbox"/> Повторный <input type="checkbox"/>	Код крови											
Число Месяц Год													