

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіҚазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2018 жылғы 16 сәуірдегі № 173
бұйрығы. Қазақстан
Республикасының Әділет
министрлігінде 2018 жылғы 2
мамырда № 16854 болып тіркелдіМинистерство здравоохранения Республики
Казахстан

**Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді ұйымдастыру
стандартын бекіту және Қазақстан
Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігінің кейбір бұйрықтарының
күші жойылды деп тану туралы**

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 7-бабы 1-тармағының б) тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты бекітілсін.

2. Мыналардың:

1) «Балаларға гинекологиялық көмек көрсететін ұйымдар туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 12 тамыздағы № 631 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізіліміне № 6451 болып тіркелген, «Егемен Қазақстан» газетінде 2010 жылғы 22 қазандағы № 249 (26310) жарияланған);

2) «Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы



Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 27 тамыздағы № 593 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізіліміне № 7931 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының орталық атқарушы және өзге де орталық мемлекеттік органдарының № 24 актілер жинағында 2012 жылғы 15 қарашада жарияланған) күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты мемлекеттік тіркеген күннен бастап күнтізбелік он күннің ішінде қағаз және электрондық түрдегі қазақ және орыс тілдеріндегі оның көшірмесін Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкіне ресми жариялау және қосу үшін «Республикалық құқықтық ақпарат орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде оның көшірмесін мерзімдік баспасөз басылымдарында ресми жариялауға жіберуді;

4) осы бұйрықты ресми жариялағаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

5) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы бұйрықтың 1), 2), 3) және 4) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Л. М. Ақтаеваға жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

**Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі**

Е. Біртанов

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2018 жылғы 16 сәуірдегі
№ 173 бұйрығымен
бекітілген

**Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандарты**

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Осы Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты (бұдан әрі – Стандарт) «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 7-бабы 1-тармағының б) тармақшасына сәйкес әзірленді және денсаулық сақтау ұйымдарында жүкті әйелдерге, босанатын, босанған әйелдерге және гинекологиялық науқастарға акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру тәртібіне қойылатын жалпы талаптарды белгілейді.

2. Осы Стандартта пайдаланылатын анықтамалар:

1) акушерлік-гинекологиялық көмек – әйелдерге жүктілік, босану, босанудан кейінгі кезеңде, гинекологиялық аурулар кезінде, профилактикалық байқау және әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау және отбасын жоспарлау бойынша іс-шаралар кезінде көрсетілетін медициналық көрсетілетін қызметтердің кешені;

2) перинаталдық көмекті өңірлендіру – бұл жүктілік және босану барысының қауіп дәрежесіне қарай әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге перинаталдық стационарлық көмек көрсетудің үш деңгейі бойынша облыс аумағында медициналық ұйымдарды бөлу;

3) патронаж – медицина қызметкерлерінің үй жағдайында профилактикалық және ақпараттық іс-шараларды жүргізуі (жаңа туған нәрестеге патронаж, жүкті әйелге, босанған әйелге, диспансерлік науқасқа патронаж);

4) белсенді бару – дәрігердің бастамасы бойынша, сондай-ақ медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) ұйымдарына стационарлардан шығарылған науқастар туралы, медицина қызметкерінің белсенді қарап-тексеруін қажет ететін пациенттерге шақыртуларға қызмет көрсеткеннен кейін жедел көмек ұйымынан мәліметтер берілгеннен кейін науқастың үйіне дәрігердің/орта медицина қызметкерінің баруы.

5) инвазивті әдістер – адам ағзасының ішкі ортасына ену жолымен жүзеге асырылатын диагностика мен емдеу әдістері;

6) контрацепция – қаламаған жүктіліктің алдын алу әдістері және құралдары;

7) ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологиялары – қолдану кезінде ұрықтанудың және эмбриондардың ерте дамуының жекелеген немесе барлық кезеңі ана организмінен тыс жүзеге асырылатын (оның ішінде донорлық және (немесе) криоконсервацияланған жыныстық жасушаларды, ұрпақты болу ағзаларының тіндері мен эмбриондарды, сондай-ақ суррогат ана болуды пайдалана отырып) бедеулікті емдеу әдістері (жасанды инсеминациялау, жасанды ұрықтандыру және эмбриондарды импланттау);

8) ұрпақты болу денсаулығы – адамның толыққанды ұрпақ әкелуге қабілетін көрсететін денсаулығы.

2-тарау. Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін ұйымдардың негізгі қызмет бағыттары

3. Жүкті, босанатын, босанған және жүктіліктен тыс барлық жас топтарындағы әйелдерге денсаулық сақтау жүйесінің ұйымдарында тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде ұсынылады.

4. Жүкті, босанатын, босанған әйелдерді және гинекологиялық науқастарды денсаулық сақтау ұйымдарында ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 23 қарашадағы № 762 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізіліміне № 5900 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 762) бекітілген Денсаулық сақтау ұйымдарының дәрілік формулярларын әзірлеу және келісу қағидаларына сәйкес дәрілік формулярлардың негізінде ұсынылады.

5. Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметінің негізгі бағыттары (бұдан әрі – МҰ):

1) әйелдерге жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңде дәрігерге дейінгі, білікті, мамандандырылған медициналық көмек және жоғары технологиялы көрсетілетін медициналық қызметтерді, сондай-ақ гинекологиялық көмек көрсету;

2) медициналық көмектің қолжетімділігін және медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз ететін іс-шараларды жүргізу;

3) ұрпақты болу жасындағы әйелдерге отбасын жоспарлау бойынша қызметтерді ұсыну.

6. Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету мынадай нысандарда жүзеге асырылады:

1) амбулаториялық-емханалық көмек (тәулік бойы бақылау және емдеу көзделмейтін жағдайларда): алғашқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – МСАК) және консультациялық-диагностикалық көмек (бұдан әрі – КДК);

2) стационарды алмастыратын көмек (тәулік бойы медициналық бақылау және емдеуді талап етпейтін медициналық бақылау және емдеуді көздейтін жағдайларда);

3) стационарлық көмек (тәулік бойы медициналық бақылау мен емдеуді қамтамасыз ету жағдайларда);

4) жедел медициналық көмек;

5) санитариялық авиация.

7. Әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмекті амбулаториялық-емханалық және стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарда «Акушерлік-гинекология (балалар гинекологиясы, функциялық диагностика, негізгі мамандықтың бейіні бойынша ультрадыбыстық диагностика, негізі мамандық бейіні бойынша эндоскопия) (бұдан-әрі акушер-гинеколог дәрігерлер), орта медицина қызметкерлері «Акушерлік іс (акушер, жалпы практика акушері), «Емдеу ісі фельдшер, жалпы практика фельдшері» (бұдан әрі-фельдшер), «Мейіргер ісі» (мейіргер, жалпы практика мейіргері, мамандандырылған мейіргер) (бұдан әрі-мейіргер)» жүзеге асырады.

8. Жүкті, босанатын, босанған және барлық жас топтарының гинекологиялық науқастарына акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің жанындағы Медициналық көрсетілетін қызметтерді сапасы жөніндегі біріккен комиссиясы бекіткен диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес жүргізіледі.

9. Зорлық-зомбылық және дене жарақаттарының фактілері анықталған жағдайда емдеу-профилактикалық көмек көрсетуді және медициналық оңалтуды жүргізу, «Тұрмыстық зорлық-зомбылық профилактикасы туралы» 2009 жылғы 4 желтоқсандағы Қазақстан Республикасы Заңының 13-бабына сәйкес жәбірленушілердің жүгіну фактілері туралы ішкі істер органдарына хабарлау жүзеге асырылады.

10. Медициналық ұйымдар Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) бекітілген (бұдан әрі - № 907 Бұйрық) денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарына сәйкес бастапқы медициналық құжаттаманы жүргізуді қамтамасыз етеді.

3-тарау. Амбулаториялық-емханалық деңгейде акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру

11. Амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету амбулаториялық-емханалық көмек, соның ішінде МСАК және КДК көрсететін медициналық ұйымдарда жүзеге асырылады.

12. Акушер-гинеколог дәрігер әйелдерге жүктілік, босанудан кейінгі кезеңде акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетеді және ұйымдастырады, отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын сақтау, сондай-ақ ұрпақты болу жүйесінің гинекологиялық ауруларының профилактикасы, диагностикасы мен емдеу бойынша қызметтерді мынандай жолмен ұсынады:

1) «қауіп факторлары бойынша» әйелдерді бөле отырып, жүктіліктің, босанудың және босанудан кейінгі кезеңде асқынулардың алдын алу және ерте анықтау мақсатында жүкті әйелдерді диспансерлік байқау;

2) пренаталдық скрининг жүргізу – жатыр ішіндегі ұрықтың хромосомалық патологиясы және туа біткен даму кемістіктері (бұдан әрі – ТДК) бойынша қауіп топтарын анықтау мақсатында жүкті әйелдерді жаппай кешенді зерттеп-қарау;

3) перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидаттарын сақтай отырып, экстрагениталдық патологиямен күндізгі стационарларға, акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдардың жүкті әйелдер патологиясының бөлімшелеріне, бейінді емдеу мекемелеріне уақтылы емдеуге жатқызуды қажет ететін жүкті әйелдерді анықтау;

4) жүкті, босанатын және босанған әйелдерді медициналық байқаумен, оның ішінде жоғары технологиялық көрсетілетін қызметтерді (бұдан әрі – ЖТМК) қолданумен мамандандырылған көмек алу үшін республикалық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жіберу;

5) босануға, оның ішінде серіктестік босануларға дайындау бойынша жүкті әйелдерді босанғанға дейінгі оқытуды жүргізу, жүкті әйелдердің босануды жоспарлап отырған босандыру ұйымдарына келу мүмкіндігін беру, жүкті әйелдерді қауіп белгілері, тиімді перинаталдық технологиялар, ана болу қауіпсіздігі, емшек сүтімен қоректендіру және перинаталдық күтім қағидаттары туралы ақпараттандыру;

6) көрсетілімдер бойынша жүкті және босанатын әйелдердің патронажын жүргізу;

7) отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын сақтау мәселелері бойынша консультация беру және қызметтерді көрсету;

8) бейінді мамандарға жіберу үшін жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың (бұдан әрі – ЖЖБИ) профилактикасы және оны анықтау;

9) экстрагениталдық, гинекологиялық патологияларды уақтылы анықтау және оларды диспансерлік есепке алу үшін қосымша әдістерді пайдалану және бейінді мамандарды тартумен терең зерттеп-қарау қажеттілігі кезінде тағайындаумен фертильдік жастағы әйелдерді зерттеп-қарау;

10) зерттеп-қарау нәтижелері бойынша әйелді жоспарланатын жүктілікке уақтылы дайындау үшін ұрпақты болу және соматикалық денсаулығының

жағдайына қарай ана мен бала үшін жүктіліктің нәтижесін жақсарту мақсатында фертильді жастағы әйелдерді (бұдан әрі - ФЖӘ тобы) динамикалық байқау топтарына қосылады;

11) экстрагениталдық ауруларды ерте анықтау мақсатында әйелдерді профилактикалық қарап-тексеруді ұйымдастыру және жүргізу;

12) гинекологиялық аурулары бар науқастарды заманауи медициналық технологияларды пайдалана отырып зерттеп-қарау және емдеу;

13) мамандандырылған медициналық ұйымдарға емдеуге жатқызуға дайындау үшін гинекологиялық аурулары бар науқастарды анықтау және зерттеп-қарау;

14) оңалту және санаторийлік-курорттық емдеуді қоса алғанда, гинекологиялық аурулар бар науқастарды диспансерлеу;

15) заманауи медициналық технологияларды пайдалана отырып, шағын гинекологиялық операцияларды жасау;

16) жүкті, босанған әйелдерді, гинекологиялық аурулары бар науқастарды зерттеп-қарау және емдеуде өзара іс-қимыл сабақтастығын қамтамасыз ету;

17) жүктілік, туу және гинекологиялық аурулар бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын жүргізу, қажеттілікті немесе жұмыскерді денсаулық жағдайына байланысты басқа жұмысқа ауыстырудың уақытша немесе тұрақты мерзімдерін, белгіленген тәртіпте еңбекке жарамдылықты тұрақты жоғалту белгілерімен әйелдерді медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдауды айқындау;

18) практикаға заманауи қауіпсіз диагностикалық және емдеу технологияларын, дәлелді медицина қағидаттарын есепке ала отырып, науқастарды профилактикалау және оңалту шараларын енгізу;

19) персонал мен пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін, инфекцияның таралуының алдын алу үшін санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды орындау;

20) ақпараттандыру саласында іс-шаралар өткізу және саламатты өмір салтының әртүрлі аспектілері бойынша халықтың санитариялық мәдениетін арттыру, әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау, емшек сүтімен

қоректендіру, отбасын жоспарлау, аборттар мен жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, соның ішінде АИТВ-инфекциясы және басқа әлеуметтік мәні бар аурулар профилактикасы;

21) акушерлік-гинекологиялық бөлімшелер (кабинет) жұмысының көрсеткіштеріне талдау, статистикалық есепті, медициналық көмектің тиімділігі мен сапасын бағалауды жүргізу, акушерлік-гинекологиялық көмекті жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеуді;

22) халықпен, дәрігерлермен және акушерлермен мынадай нысандарда: жеке және топтық әңгімелесулер, дәрістер, витраждар, баспа және электрондық бұқаралық ақпарат құралдарында жарияланымдар (теледидар, радио және интернет) білім беру жұмыстарын жүргізу. Білім беру жұмысын жүргізу саламатты өмір салтын қалыптастыру орталықтарымен бірлесіп жүзеге асырылады. Атқарылған жұмыстарды есепке алу медициналық ұйымдардың ақпараттық-білім беру жұмысын тіркеу журналында № 907 бұйрықпен бекітілген 038-1/е нысаны бойынша тіркеледі.

13. Орта медицина қызметкерлері (акушерлер, фельдшерлер, мейіргерлер) әйелдерге жүктілік барысында және одан тыс мыналарды қамтитын дәрігерге дейінгі көмекті көрсетеді:

1) пациенттің денсаулық жағдайын анықтау, ауруларын және жүктіліктің асқынуын анықтау мақсатында өздігімен қабылдау және медициналық мейіргерлік қарап-тексеру;

2) жүкті және фертильдік жастағы әйелдердің (бұдан әрі – ФЖӘ) топтарын автоматтандырылған жүргізу және жүкті және ФЖӘ денсаулық жағдайларының көрсеткіштеріне мониторинг жүргізу мақсатында «Бекітілген халық тіркелімі» электрондық порталының «Жүкті және фертильдік жастағы әйелдер тіркелімі» кіші жүйесіне деректерді енгізу;

3) диагностика және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес әйелдердің өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретін жағдайларда жүкті, босанатын әйелдерге және фертильдік жастағы әйелдерге кезек күттірмейтін және шұғыл дәрігерге дейін медициналық көмекті көрсету;

4) учаскелік дәрігерлермен және бейінді мамандармен бірлесіп созылмалы аурулармен жүкті әйелдерді динамикалық байқау;

5) функционалдық міндеттемелеріне сәйкес акушер-гинеколог дәрігердің тағайындауларын орындау;

6) диагностика және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес бағыттар мен ұсыныстарды уақтылы ұсынумен физиологиялық жүктілікті және жүкті және босанған әйелдерді қадағалап қарау;

7) жүкті әйелдерге, гинекологиялық науқастарға және әлеуметтік қауіптей ФЖӘ тобына үйде медициналық қызмет көрсету;

8) әйелдердің жыныс жолдарының және басқа да жерлерде орналасатын (тері, сүт бездері) ісік алды және қатерлі ісік ауруларын ерте анықтау мақсатында әйелдерге профилактикалық медициналық қарап-тексеру жүргізу;

9) медициналық көмекке жүгінген барлық жастағы әйелдерді медициналық қарап-тексеруді жүргізу;

10) ауруларды анықтау үшін скринингтік және профилактикалық қарап-тексеру жүргізуге қатысу;

11) отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын сақтау бойынша консультациялық қызметтерді ұсыну.

14. Амбулаториялық-емханалық ұйымдардың акушер-гинеколог дәрігері әйелдерге жүктілік кезінде, босанғаннан кейін (антенаталдық және постнаталдық байқау) әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмекті диагностика және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес барлық жас топтарында гинекологиялық аурулардың диагностикасы және емдеуді ұйымдастырады және көрсетеді, ұрпақты болу денсаулығын нығайту мен отбасын жоспарлау бойынша іс-шараларды, сондай-ақ профилактикалық тексеріп қарау мен қадағалау жүргізу;

15. Жүктілік және оны сақтауды қалау себептері бойынша әйелдер алғаш рет жүгінген жағдайда акушер-гинеколог дәрігер:

1) анамнезді жинайды, жүкті әйелде және туыстарында аурулардың бар-жоғын (қант диабеті, артериялық гипертензия, туберкулез, психикалық бұзылулар, онкологиялық аурулар және т.б.) туа біткен даму кемістігі бар және тұқым қуалаушылық аурулары бар балалардың туылуын анықтайды;

2) бала кезінде және жасы толған кезде бастан өткерген ауруларына (соматикалық және гинекологиялық), операциялар, қан және оның компоненттерінің құйылуына назар аударады;

3) анамнезді жинау кезінде мынадай көрсеткіштер бойынша: жүкті әйелдің жасы 37 жастан және одан жоғары жас, анамнезде генетикалық көрсетілімдер бойынша жүктілікті ұзу және/немесе ТДК немесе хромосомалық патологиялары бар бала туу жағдайларының болуы, анамнезде моногендік тұқым қуалайтын аурулары бар бала туу (немесе туыстарының болуы) жағдайларының болуы, отбасылық хромосомалық немесе гендік мутация тасымалдауының болуы, ауыр акушерлік анамнездің болуы (өлі туған, әдеттегі көтере алмау және басқалары) «Медициналық генетика» (аналық сарысу маркерлерін ультрадыбыстық скринингсіз және талдаусыз) мамандығы бойынша дәрігерге жолдау үшін туа біткен және тұқым қуалаушылық патология бойынша «қауіп» топтарын анықтайды;

4) жүктіліктің бірінші триместрінде аналық сарысу маркерлерін талдау үшін жүкті әйелдерді қан алуға жолдау және жүктіліктің бірінші, екінші және үшінші триместрінде ультрадыбыстық скринингті белгілейді;

5) ұрпақты болу функцияларының ерекшеліктерін зерделеу;

6) жұбайының денсаулық жағдайын, қан тобын және резус тиістілігін айқындау;

7) жұбайының жұмыс істейтін өндірісінің сипатын, жағымсыз қылықтарын зерделеу;

8) уақтылы зерттеп-қарау үшін 12 аптаға дейінгі жүкті әйелдерді есепке ерте алуды және жүктілігі анықталған күні тіркеуді жүзеге асыру;

9) жүктілікті көтеруге қарсы көрсетілімдердің болуын анықтау;

10) жүкті және ФЖӘ тізілімінен алдыңғы жүктіліктер және ерте анықталған соматикалық аурулардың ағымы туралы ақпарат алу мүмкіндігін пайдалану;

11) анықталған факторларды ескере отырып, алдын ала жоспарын жасау.

16. Зерттеп-қарау нәтижелерін алғаннан кейін:

1) мынадай қауіп факторлары бойынша:

жүктілікті аяғына дейін көтермеу;

преэклампсияның, эклампсияның дамуы;

ұрықтың дамуының тежелуі;

экстрагениталды аурулардың өршуі;

қан кету;

жатырдың жыртылуы;

ірің-септикалық асқынулардың дамуы;

ұрықтың туа біткен ақауларының дамуы және хромосомды патологиясы бойынша қауіптердің факторларын есепке ала отырып, жүкті әйелдерді сол немесе өзге топқа тиістілігін айқындалады.

2) қауіп факторлары ескеріле отырып және ана мен ұрықты зерттеп-қараудың заманауи технологияларын пайдаланумен жүкті әйелдерді байқаудың жеке жоспары құрылады.

17. Кейіннен қарап-тексеру және зерттеулердің қосымша деректері жүкті әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерге әрбір баруы кезінде картада белгіленеді.

18. № 907 бұйрықпен бекітілген № 111/е нысаны бойынша жүкті және босанатын әйелдердің жеке картасы (бұдан әрі – № 111/е нысаны) әрбір акушер-гинеколог кабинетіндегі картотекада сақталады.

19. № 907 бұйрықпен бекітілген № 113/е нысаны бойынша жүкті және босанатын әйелдердің алмасу картасы (бұдан әрі – № 113/е нысаны) жүкті әйел бірінші рет барған кезде беріледі және бақылау орны бойынша және басқа да медициналық ұйымдарға көрсету үшін барлық жүктілік кезеңінде оның қолында болады.

20. Картотекада патронаждағы стационарлық емдеудегі, уақытша тіркеуден шыққан және босанған әйелдердің картасы бөлек салынады.

21. Қабылдау тағайындалғаннан кейін 3 күннің ішінде қабылдауға келмеген жүкті әйелдер үйде акушердің немесе патронажды мейіргердің патронажына жатады, оның өзімен бірге тонометрі, термометрі және стетоскобы болуы керек. Патронажды бару нәтижелері туралы деректерді акушер № 111/е нысанына және № 113/е нысанына енгізеді.

22. Жүкті және босанатын әйелдердің патронажын учаскелік терапевттер, жалпы практика дәрігерлері, учаскелік педиатрлар және мейіргерлер жүзеге асырады.

23. Жүкті және босанатын әйелдердің патронажды бақылауы үйде халықаралық ұсынымдарға сәйкес универсалды-прогрессивті модельдің негізінде жүргізіледі. учаскелік терапевттер, жалпы практика дәрігерлері, учаскелік педиатрлар және мейіргерлер жүзеге асырады.

24. Универсалды (міндетті) патронажды байқау барлық жүкті әйелдерге үйде орта медицина қызметкері ұсынады, ол жүкті әйелге 2 босанғанға дейінгі патронаждан тұрады (жүктіліктің 12 аптасына және 32 аптасына дейінгі мерзімдерде).

25. Прогрессивті тәсіл олардың өмірі мен денсаулығына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қауіп анықталған жүкті әйелдерді патронажды байқауды көздейді.

26. Жеткілікті қауіп анықталған жағдайда (соның ішінде емшек сүтімен қоректендіру проблемалары, гигиена және тағы басқа дағдыларымен қиналған кезде) орта медицина қызметкер өз бетінше немесе учаскелік дәрігермен бірлесіп оны жою жұмысын жүргізеді. Жоғарғы қауіп жағдайында (қатыгездік, зорлық-зомбылық, әйелдің мүгедектігі және басқалар) отбасы әлеуметтік қолдауға мұқтаж болған жағдайда мәлімет қажеттілігіне қарай әлеуметтік қызметкерге, психологқа немесе басқа секторлардың өкілдеріне беріледі (білім, әлеуметтік қорғау, ішкі істер, әкімдіктер, үкіметтік емес ұйымдар және басқалар)

27. Экстрагениталдық патология бойынша жүктілікке қарсы көрсетілімдері бар әйелдерге жүктілікті ұзу туралы мәселе комиссия арқылы «Жүктілікті жасанды түрде ұзу ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрдің міндетін атқарушының 2009 жылғы 30 қазандағы № 626 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5864 болып тіркелген) (бұдан әрі - № 626 бұйрық) бекітілген жүктілікті жасанды ұзуге медициналық көрсетілімдерге сәйкес медициналық ұйымдардың дәрігерлік-консультациялық комиссиясы айқындайды.

28. Акушерлік асқынулары бар жүкті әйелдер перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидаттарын ескере отырып, акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүктілік патологиясы бөлімшесіне емдеуге жатқызылады.

29. Үстеме экстрагениталдық аурулар болған жағдайда жүктіліктің 36 апта мерзіміне дейін жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу:

босандыру ұйымдарында жүктіліктің 36 аптасына дейін мамандандырылған бейінді стационарларда немесе көп бейінді ауруханалардың бөлімшесінде;

36 аптадан бастап акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарда жүзеге асырылады.

30. Акушер-гинеколог дәрігер және акушер жүкті әйелді уақтылы емдеуге жатқызуды бақылауды жүзеге асырады.

31. Тәулік бойғы байқауды талап етпейтін жүкті әйелдерге көрсетілімдер бойынша стационарды алмастыратын көмек көрсетіледі.

32. Жүкті әйелді жеңіл және кәсіби зияндылықпен байланысты емес жұмысқа ауыстыру туралы дәрігерлік қорытынды № 907 бұйрығымен бекітілген № 084/е нысан бойынша дәрігерлік-консультациялық комиссия береді.

33. Акушер-гинеколог дәрігер Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 31 наурыздағы № 183 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде №10964 болып тіркелген) бекітілген Еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және анықтамасын беру қағидаларына сәйкес жүктілік және босандыру бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық туралы парақ пен анықтаманы береді.

34. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы № 907 бұйрықпен бекітілген № 036/е нысаны бойынша еңбекке уақытша жарамсыздық парағын тіркеу кітабында тіркеледі. Білім беру ұйымдарында оқитын жүкті әйелдерге колледждің, кәсіби-техникалық училищенде оқитын студентке уақытша еңбекке жарамсыздық туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымдарына баратын баланың ауруы, карантин және болмауының басқа да себептері туралы анықтаманы беріледі (№ 095/е нысаны).

35. Жүкті әйел мекенжайын ауыстырған жағдайда оны одан әрі нақты тұрғылықты жері бойынша бақылауды дәрігер немесе акушер жүзеге асырады. Жүкті әйелдің кетуі туралы жазба медициналық құжаттамада белгіленеді (№ 111 /е нысаны және № 113/е нысаны). Жүкті әйелдің көшуі туралы мәліметтерді келген жері бойынша медициналық ұйымға беру телефон бойынша және жазбаша түрде жүргізіледі.

36. Үйде босанған әйелдерге медициналық қызмет көрсету (патронаж) асқынбаған босанудан кейін оны акушерлік стационардан шығарғаннан кейін бірінші үш тәулікте акушер немесе мейіргер жүргізеді. Босанғаннан кейінгі асқынған жағдайларда патронажды дәрігер жүргізеді.

37. Белсенді түрде баруға босандыру акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдардан келіп түскен (телефон немесе жазбаша хабарландыру) мәліметтер бойынша қызмет көрсетілетін аумаққа келген босанатын әйелдер жатады.

38. Патронаж кезінде босанатын әйелге сауал, дұрыс қарап-тексеру, артериялық қысымын, пульсты, дене қызуын өлшеу және сүт безі және ішін пальпациялау, жыныстық жолдардан бөлінетін шығындыларды бағалау жүзеге асырылады. Босанатын әйелдер баланы сүтпен қоректендіруі кезеңінде жаңада болған жүктілік бойынша, отбасын жоспарлау және контрацепциялық құралдар, сондай-ақ контрацепцияны іріктеу үшін консультацияға жүгіну мерзімдері бойынша түсіндіру жұмыстары жүргізіледі.

39. Босанатын әйелдердің акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) баруы босанғаннан кейін 10 және 30 тәулікте жүргізіледі. Қабылдауда дене қызуын, артериялық қысымын, пульсын, өлшеу, дұрыс қарап-тексеру, сүт безін қарап-тексеру, алдыңғы ішперде қабырғасы арқылы жатырын пальпациялау, сыртқы жыныс ағзаларын қарап-тексеру және шығындыларды бағалау жүргізіледі. Гинекологиялық айнада, қынаптық зерттеуге қарап-тексеру, сондай-ақ зертханалық зерттеулерді тағайындау көрсетілімдер бойынша жүргізіледі.

40. Көрсетілген мерзімдерде қабылдауға босанған әйел келмеген жағдайда медицина қызметкері үйде патронажды баруды және қарап-тексеруді жүргізеді.

41. Босандыру сырқатнамасынан көшірме үзінді, сауал жүргізу деректері, босанған әйелдерді қарап-тексеру және арнайы зерттеп-қарау 111/е нысанына енгізіледі.

42. № 111/е барлық нысандары босанғаннан кейінгі кезең аяқталғанға дейін (42 күн) «босанатын әйелдер» картотекасының арнайы жәшігінде сақталады. Босанғаннан кейінгі кезеңнің аяқталуына қарай № 111/е нысанында контрацепция әдісі және флюорография күні көрсетілген босанғаннан кейінгі эпикриз ресімделеді.

43. Асқынған босанулардан, операциялық араласулар, перинаталдық шығындар қауіп факторларымен босанған әйелдерді диспансерлеу жүктілікті бекіту орны бойынша бір жыл бойы бейінді мамандармен бірлесіп жүргізіледі.

44. Халыққа амбулаториялық-емханалық гинекологиялық көмекті ұйымдастыру гинекологиялық аурулардың профилактикасы бойынша, оларды ерте анықтау, диспансерлік бақылау, гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарға емдеу және оңалту көмегін көрсету, мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмекті көрсетуге жолдау бойынша іс-шаралар жүргізуді көздейді.

45. Гинекологиялық ауруларды анықтау акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) жүгінген әйелдерді қабылдау, амбулаториялық-емханалық ұйымдарының қарап-тексеру кабинеттерінде әйелдерді профилактикалық қарап-тексеру кезінде жүзеге асырылады.

46. «Жүкті, босанатын босанған әйелдерге және фертильді жастағы әйелдерге медициналық көмекті жетілдіру шаралары туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 3 шілдедегі № 452 бұйрығына сәйкес экстрагениталдық, гинекологиялық патологияларды уақытылы анықтау және диспансерлік есепке алу мақсатында учаскелік акушер-гинеколог дәрігер, ЖПД, терапевт жыл сайын зерттеп-қарау жүргізеді.

47. Қажет болған жағдайда қосымша әдістерді пайдаланумен және бейінді мамандарды тартумен анағұрлым егжей-тегжейлі зерттеп-қарау тағайындалады. Міндетті зерттеп-қарау нәтижелері бойынша әрбір әйел топтардың және кіші топтардың индекстерімен амбулаториялық науқастардың медициналық картасын таңбалаумен фертильді жастағы әйелдерді (ФЖӘ топтары) динамикалық байқау тобының біріне жатқызылуға тиіс.

48. ФЖӘ топтарын автоматтандырылған жүргізу және оның денсаулық жағдайларының көрсеткіштеріне мониторинг жүргізу мақсатында міндетті медициналық зерттеп-қарау нәтижелері бойынша деректер ФЖӘ динамикалық байқау топтары бойынша бөлумен ЖПД, терапевтер және акушер-гинеколог дәрігерлер «Бекітілген халықтың тіркелімі» электрондық порталының «Жүкті әйелдердің және ФЖӘ тіркелімі» кіші жүйесіне енгізіледі.

49. Анамнезді жинау кезінде тұқым қуалаушылық, бастан өткерген аурулары мен операцияларын (соның ішінде гинекологиялық), менструалды

функциялардың, жыныстық өмір, ерінің денсаулығы, жүктіліктің ағымы және одан болған өлім, контрацепция әдістерін қолдану және еңбек жағдайы мен тұрмыстық жағдайының, қазіргі ауруларының дамуы ерекшелігіне назар аудару қажет. Ұрпақты болу жасындағы әйелдерді акушер-гинеколог дәрігер контрацепция әдістері туралы хабардар етеді, әйелдердің денсаулық жағдайын есепке ала отырып жеке әдістерді таңдауға көмектеседі.

50. Әйелдерді зерттеп-қараудың, манипуляциялар мен операциялардың, тағайындаулар мен кеңестердің барлық деректерін акушер-гинеколог дәрігер № 907 бұйрықпен бекітілген № 025/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жазады.

51. Акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) әйел алғаш жүгінген жағдайда акушер-гинеколог дәрігер шағымдарға, анамнезге сауалнама, жалпы объективті қарап-тексеру, сүт бездерін қарап-тексеру және пальпациялау, сыртқы жыныс мүшелерін қарап-тексеру, айнамен гинекологиялық зерттеу және кіші жамбас ағзаларына қынаптық зерттеу жүргізіледі.

52. Цервикалды канал арқылы сүртіндіні цитологиялық зерттеу кемінде жылына 1 рет, қынаптан алынған сүртіндіні бактериоскопиялық зерттеу – көрсетілімдер бойынша жүргізіледі.

53. Әйелдерді профилактикалық қарап-тексеруде гинекологиялық аурулар анықталған жағдайда әйелдерге тұрғылықты жері бойынша амбулаториялық-емханалық ұйымдарда ем тағайындалады.

54. Түпкілікті диагнозды қойған кезде диагностика және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес науқасты емдеу және диспансерлік бақылау туралы мәселе шешіледі. Диспансерлік бақылауға жататын әрбір әйелге ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысаны бойынша диспансерлік бақылау картасы толтырылады.

55. Диспансерлеу науқас сауыққан кейін немесе оның акушерлік-гинекологиялық бөлімше (кабинет) қызмет көрсететін ауданнан шығуына байланысты тоқтатылады. Диспансердегі науқас медициналық ұйымның аумағынан шыққан жағдайда келген жері бойынша басқа медициналық ұйымға мәліметтер беріледі.

56. Гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарды емдеу акушерлік-гинекологиялық бөлімшеде (кабинетте), гинекологиялық бөлімшелерде жүзеге асырылады. Емдеу емшараларын акушер (емшара мейіргері) орындайды.

57. Тәулік бойы бақылауды талап етпейтін гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарды емдеу кезінде көрсетілімдер бойынша стационарды алмастыратын көмек көрсетіледі.

58. Акушерлік-гинекологиялық бөлімшесі құрылымында амбулаториялық операциялардан кейін науқастар уақытша жататын шағын операциялық және дем алу бөлмесі қарастырылады.

59. Шағын гинекологиялық операциялар мен манипуляциялар амбулаториялық қарсы көрсетілімдер болмаған кезде жүргізіледі: жатыр мойнының биопсиясы, цитологиялық зерттеулер үшін жатыр қуысының ішіндегіні (шприцпен) аспирациялау, жатыр мойнының диатермокоагуляциясы/экцизиясы, криотерапия, лазеротерапия және радиотолқынды коагуляция, вакуум-аспирация (қауіпсіз аборт), дәрі-дәрмектік аборт, жатыршілік контрацептивтерді енгізу және оны сылып тастау. Шағын гинекологиялық операциялар ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген 069/е нысаны бойынша амбулаториялық операциялар жазбасы журналында тіркеледі.

60. Стационарлық емдеу көрсетілімдері бар науқасқа емдеуге жатқызуға жолдама беріледі, ал жоспарлы емдеуге жатқызылатын науқастарға Емдеу жатқызу бюросы порталы арқылы жолдама беріледі. Учаскенің акушері амбулаториялық пациенттің медициналық картасына (№ 025/е нысаны) әйелдерді нақты емдеуге жатқызу туралы жазба жүргізеді.

61. Науқас стационардан шығарылғаннан кейін бөлімшенің (кабинеттің) акушер-гинеколог дәрігері гинекологиялық бөлімше дәрігерінің ұсынымдарын назарға алады. Стационарлық науқастың медициналық картасының көшірме үзіндісінен мәлімет амбулаториялық пациенттің медициналық картасына ауыстырылады (№ 025/е нысаны), көшірме пациентте қалады.

62. Әйелдердегі аборттың алдын алу үшін заманауи контрацепция әдістерін пайдалану бойынша жеке таңдау және оларды оқыту жүргізіледі. Жүктілікті көтеру мен босану қарсы көрсетілім болатын күрделі экстрагениталдық аурулар болған кезде, сондай-ақ сексуалды белсенді жасөспірім қыздар үшін, мұндай жағдайларда жүктілік және босану әйелдің денсаулығы мен өміріне қауіп

төндіретін, сондай-ақ күрделі тұқым қуалайтын аурулар кезінде (экстрагениталды аурулар бойынша жүктілікке қарсы көрсетілімдер бар ФЖӘ анықтау) контрацепцияның тұрақты тиімді әдістерін таңдау қажет.

63. Жүкті әйел жүктілікті жасанды ұзу үшін жолдама алуға жүгінген кезде жүктілік мерзімі анықталғаннан кейін және медициналық абортқа медициналық қарсы көрсетілімдер болмағанда акушер-гинеколог дәрігер жүктілікті ұзу қаупі мен зиянын түсіндіреді, ұрпақты болу денсаулығын сақтау және заманауи сақтану құралдарын және контрацепцияны жеке таңдау мәселелері бойынша консультация береді. «Жүктілікті жасанды түрде ұзу жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 30 қазандағы № 626 бұйрығына сәйкес жүктілікті жасанды ұзу (аборт) үшін зерттеп-қарау және емдеуге жатқызу заңнамада белгіленген тәртіпте жүргізіледі.

64. Амбулаториялық деңгейде ауылдағы әйелдер халқына акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету аудандық емханаларда, ауылдық дәрігерлік амбулаториялардың акушерлік-гинекологиялық кабинеттерінде, фельдшерлік-акушерлік және медициналық пункттерде көрсетіледі.

65. Шалғай және жетуі қиын аудандардың, сондай-ақ жайлауда мал шаруашылығымен айналысатын ауыл халқына акушерлік-гинекологиялық көмекті көшпелі бригада құрамында акушер-гинеколог дәрігер көрсетеді. Көшпелі бригадада акушер гинеколог дәрігердің жұмысына басшылықты аудандық акушер-гинеколог, өңірдің жетекшісі басшылық жасайды.

66. Көшпелі бригадалар құрамына кіретін акушер-гинеколог дәрігер:

- 1) әйелдерді профилактикалық қарап-тексеру;
- 2) жүкті әйелдерді және гинекологиялық науқастарды қарап-тексеру, зерттеп-қарауды;
- 3) қажет болған жағдайда - шұғыл медициналық көмек көрсетуді;
- 4) контрацепция әдістері мен құралдарына әйелдерді оқытуды;
- 5) саламатты өмір салтын насихаттау, отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын сақтау мақсатында халықпен ақпараттық-түсіндіру жұмысын жүргізеді;

67. Көшпелі бригадалар жүкті, босанатын, босанған әйелдерге, жаңа туған балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету, науқастарға профилактикалық

қарап-тексеру және қабылдау жүргізу үшін орындарда жұмыс үшін қажетті мүкәммалдармен, медициналық жабдықтармен, аспаптардың жиынтығымен, дәрі-дәрмектермен жарақтандырылады.

68. Ауылдық жерлерде қалыпты акушерлік-гинекологиялық анамнезімен, жүктіліктің қалыпты ағымы бар әйелдер бригадалардың шығуларының арасындағы кезеңде фельдшерлік-акушерлік пункттің, медициналық пункттің фельдшерлерінде немесе мейіргерлерінде қадағаланады. Дәрігерлік амбулатория, медициналық-санитариялық көмек орталығының деңгейінде жүкті әйелді қадағалауды жалпы практика дәрігері (бұдан әрі - ЖПД) немесе учаскелік дәрігер жүзеге асырады.

69. Қауіп факторлары бар ауылдық жерлерде тұратын жүкті әйелдер үшін диспансерлік бақылау жоспары және емдеуге жатқызу мерзімдері көрсетілген перинатальдық көмекті өңірлендіру қағидаттарына сәйкес тиісті деңгейде босандыру белгіленеді.

70. Аудандық аурухананың дәрігерлік-консультациялық комиссиясы жүктілік және босану бойынша барынша жеңіл жұмысқа ауыстыру немесе уақытша еңбекке жарамсыздық туралы парақтар мен анықтамаларды ұсыну туралы қорытындыны әйелдерге ауылдық учаскелік немесе акушер-гинеколог дәрігер береді.

71. Ауданның акушерлік-гинекологиялық қызметіне ұйымдастырушылық-әдістемелік көмекті, облыс деңгейінде акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін ұйымдар жүзеге асырады.

72. Балаларға акушерлік-гинекологиялық көмекті акушер-гинеколог дәрігер жүзеге асырады және ол мыналарды қамтиды:

жаңа туған кезеңінен бастап 18 жасқа дейінгі кезеңде гинекологиялық аурулары және ұрпақты болу жүйесінің қалыптасуында бұзылушылықтар, менструалдық функциялардың қалыптасуында және жыныстық жетілуде бұзылушылықтары бар балаларға консультациялық, диагностикалық және емдік көмек көрсету;

қыздардың ұрпақты болу жүйесінің дұрыс дамуын бақылау;

гинекологиялық аурулары бар балаларды диспансерлеуді ұйымдастыру және жүргізу;

медициналық көрсетілімдер болған жағдайда зертханалық-диагностикалық әдістердің көмегімен гинекологиялық науқастарға тереңдетілген зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу;

медициналық көрсетілімдер болған жағдайда гинекологиялық аурулары бар науқастарды стационарлық емдеуге жіберу;

одан әрі балалардың денсаулығын нығайту бойынша іс-шараларды әзірлеумен, қызмет көрсету ауданында гинекологиялық аурулардан болатын сырқаттанушылықтың негізгі медициналық-статистикалық көрсеткіштерін талдау және мониторинг жүргізу;

тәулік бойы медициналық байқауды қажет етпейтін пациенттерге медициналық көрсетілімдер бойынша стационарды алмастыратын және оңалту көмегін ұйымдастыру және көрсету;

салауатты өмір салтын қалыптастыру орталықтарымен бірлесіп балаларға, жасөспірімдерге және олардың ата-аналарына ұрпақты болу денсаулығын сақтау, отбасын жоспарлау, ерте жыныстық қатынастың және қаламаған жүктілік профилактикасы бойынша санитариялық-гигиеналық ағарту, консультация беру, контрацепция әдістері туралы ақпараттандыру жөніндегі іс-шараларын жүргізу.

73. Медициналық көрсетілімдерімен қыздарды акушер-гинеколог дәрігердің консультациясына жіберу үшін:

- 1) іштің ауырсынуы;
- 2) ішінің формасының өзгеруі;
- 3) 8 жасқа дейінгі жыныстық жетілу белгілерінің пайда болуы;
- 4) 13 жасқа дейін қайталанған жыныстық белгілерінің болмауы;
- 5) жыныс жолдарынан шығындылардың болуы;
- 6) менструалдық циклдың бұзылуы;
- 7) сыртқы жыныс органы құрылымындағы ауытқулар;
- 8) жыныстық жетілу кезінде дене салмағын күрт қосу немесе жоғалту;
- 9) ішперде қуысы ағзаларына оперативтік әрекеттен кейінгі іштің ауырсыну сезімдері болып табылады.

74. Акушер-гинеколог дәрігердің қыздарды медициналық қарап-тексеруіне мыналар кіреді: объективті қарап-тексеру; қайталанған жыныстық белгілердің дамуын бағалау; көрсетілімдер бойынша сыртқы ультрадыбыстық зерттеу; көрсетілімдер бойынша кәмелетке толмаған балалардың ата-аналарының және (немесе) заңды өкілдерінің (қамқоршыларының) ерікті ақпараттандырылған жазбаша келісімі болған жағдайда екі қолмен ректалдық-абдоминалдық зерттеу.

75. Амбулаториялық-емханалық деңгейде учаскелік терапевттер мен ЖПД:

1) экстрагениталдық патологияларды уақтылы анықтау және диспансерлік есепке алу үшін фертильдік жастағы әйелдерді жыл сайын зерттеп-қарау;

2) созылмалы экстрагениталдық аурулары бар ФЖӘ диспансерлеу және алдағы болатын жүктілікке дайындау;

3) ұрпақты болу денсаулығын сақтау және отбасын жоспарлау мәселелері бойынша әйелдерге консультация беру;

4) созылмалы экстрагениталдық ауруларды бар ФЖӘ топтарының контрацепциямен қамтылуын ұйымдастыру;

5) жасөспірімдермен ұрпақты болу денсаулығын сақтау, отбасын жоспарлау, ерте жыныстық қатынастың және қалаусыз жүктіліктің профилактикасы, контрацепциясы мәселелері бойынша ақпараттық жұмыстар;

6) жүктілікті жоспарлау кезінде гравидарлық алды дайындықты жүргізу;

7) жүктілікті уақтылы айқындау және диспансерлік есепке алуды қамтамасыз ету;

8) жүктіліктің 12 аптасында (немесе бірінші рет келген кезде) және жүктіліктің 30-32 аптасында, сондай-ақ көрсетілімдер бойынша басқа да мерзімдерде жүкті әйелдерді міндетті қарап-тексеру жүргізу;

9) анамнезді жинау және жіті және созылмалы экстрагениталдық ауруларды анықтау;

10) жүктілікке дейін және босанғаннан кейін флюорографияны тағайындау және оның нәтижелерін бақылау;

11) жүктіліктің физиологиялық ағымымен жүкті әйелдерді қадағалап қарау. Акушер-гинеколог дәрігер болмаған жағдайда асқынбаған және асқынған ағымымен жүктілікті қадағалап қарау;

12) жүкті әйелдерге және емшекпен сүтімен қоректендіретін аналарға тек қана емшекпен қоректендірудің (туған сәттен 6 айға дейін) және баланы кем дегенде екі жасқа дейін емшекпен қоректендіру ұзақтығының артықшылықтары мәселелері бойынша консультация беру;

13) босанғаннан кейін 10-шы және 30-шы тәулікте, сондай-ақ көрсетілімдер бойынша басқа да мерзімде босанған әйелдерді міндетті қарап-тексеру жүргізу;

14) көрсетілімдер бойынша жүктілік кезеңінде және босанғаннан кейін әйелдерге патронажды баруды жүргізу;

15) асқынған босанулары, жүктілікті өз еркімен үзген, гинекологиялық операциялық араласулардан кейін әйелдерге оңалту іс-шараларын өткізу;

16) акушерлік-гинекологиялық, педиатриялық және бейінді қызметтермен сабақтастықты жүзеге асыру;

17) әйелдерді профилактикалық және скринингтік қарап-тексеру;

18) жылына 1 реттен жиі емес гинекологиялық науқастарды қарап-тексеру;

19) аурулардың профилактикасы және ұрпақты болу денсаулығын нығайту, саламатты өмір салтын қалыптастыру бойынша халықтың арасында санитариялық-гигиеналық ағарту іс-шараларын өткізу.

76. «Педиатрия (неонатология)» мамандығы бойынша дәрігер амбулаториялық-емханалық деңгейде:

1) жіті және созылмалы, оның ішінде гинекологиялық аурулары бар балаларды анықтауды;

2) жасөспірімдерді ерте жыныстық қатынас профилактикасы, ұрпақты болу денсаулығын сақтау, отбасын жоспарлау және контрацепция мәселелері бойынша ақпараттандыруды;

3) жасөспірімдерде жүктілікті уақтылы анықтау және одан әрі қадағалап-қарауды шешу үшін кәмілетке толмағандардың ата-аналарының және (немесе) заңды өкілдерінің (қамқоршыларының) келісімі кезінде акушер-гинеколог дәрігердің және психологтардың комиссияда қарап-тексеруін қамтамасыз етуді;

4) жүкті әйелдерге және аналарға емшекпен қоректендіру мәселелері бойынша консультация беру және лактациялық аменория әдісіне оқыту, босанғаннан кейінгі кезеңде отбасын жоспарлау мәселелері бойынша ақпараттандыруды;

5) босанғанға дейін және босанғаннан кейін байқауды жүзеге асыруды қамтамасыз етеді.

77. «Медициналық генетика» мамандығы бойынша дәрігер:

1) дені сау ұрпақтың болуына болжам жасауды, баланың туа біткен даму ақауларымен және тұқым қуалайтын аурулармен туу мәселелері бойынша консультация беруді;

2) предгравидарлық дайындау, пренаталдық скрининг, инвазивтік пренаталдық диагностика бойынша ұсынымдарды ұсыну. Медициналық көрсетілімдер бойынша және жүкті әйелдің ақпараттандырылған келісімі болған жағдайда пренаталдық диагностиканың инвазивтік әдістері қолданылады;

3) жүкті әйелде зерттеп-қарау нәтижелері бойынша ұрықтың кемшіліктерінің дамуы бойынша қауіп топтарын айқындауды;

4) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 31 тамыздағы № 669 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15856 болып тіркелген) бекітілген Скринингті ұйымдастыру қағидаларына сәйкес жатыр ішіндегі ұрықтың генетикалық диагнозын нақтылау, жаңа туған нәрестенің дамуын және одан арғы өмірін болжау, жүктілікті одан әрі қарап-қадағалау тәсілін, босандыру мерзімі мен орнын анықтау үшін бейінді мамандармен бірлесіп пренаталдық консилиум жүргізуді қамтамасыз етеді.

78. Әйел жүктілікті қаламаған жағдайда және жүктілікті сақтау үшін медициналық және әлеуметтік қарсы көрсетілімдер болған жағдайда жоғарыда көрсетілген мамандықтардың дәрігерлері жүкті әйелді жүктілікті жасанды үзуді жүргізу үшін акушер-гинеколог дәрігерге консультацияға жібереді.

79. «Урология және андрология (негізгі мамандық бейіні бойынша ультрадыбыстық диагностикалау, негізгі мамандық бейіні бойынша эндоскопия) (ересектер, балалар)» мамандығы бойынша дәрігерлер амбулаториялық-емханалық деңгейде әйелдерді жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың (бұдан әрі – ЖЖБИ) профилактикасы және емдеу бойынша консультация беруді,

денсаулық жағдайын бағалауды, барлық жастағы урологиялық патологиялары бар пациенттерді, оның ішінде жүкті әйелдерді сауықтыру мен емдеуді қамтамасыз етеді.

80. Жүре пайда болған иммун тапшылығымен күресу және оның профилактикасы бойынша орталықтардың дәрігерлері пациенттерді отбасын жоспарлау, ЖЖБИ берілуін, оның ішінде анадан балаға берілуінің алдын алу бойынша ақпараттандыру мен консультация, контрацепция әдісін бақылау мен динамикалық байқауды қамтамасыз етеді.

81. Адам иммун тапшылығының вирусын (бұдан әрі – АИТВ) анықтау үшін жүкті әйел пациенттің ақпараттандырылған келісімін ресімдей отырып № 907 Бұйрықпен бекітілген «АИТВ-қа антиденені зерттеу нәтижелері (диагностикалық зертхана)» № 270/е нысанына деректерді бекітумен жүктілік барысында АИТВ-ға екі рет зерттеп-қараудан өтеді.

82. Консультациялық-диагностикалық бөлімшенің (кабинеттің) дәрігерлері отбасын жоспарлау мәселелері бойынша ақпараттандыруды және консультация беруді қамтамасыз етеді, сондай-ақ негізгі ауруға бағалау, контрацепция әдісін бақылау мен динамикалық байқау жүргізеді.

83. Психологтар және әлеуметтік қызметкерлер халықпен ұрпақты болу денсаулығын сақтау, отбасын жоспарлау, жасөспірімдерде ерте жыныстық қатынастың және қаламаған жүктіліктің профилактикасы мәселелері бойынша ақпараттық жұмыстар, контрацепция әдістері бойынша ақпараттандыру, жүкті және босанған әйелдерге консультация беру іс-шараларын жүргізеді.

4-тарау. Стационарлық деңгейде акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру

84. Ұрпақты болу ағзаларының аурулары бар әйелдерге жүктілік, босану кезінде, босанудан кейінгі кезеңде және жаңа туған нәрестелерге стационарлық медициналық көмек Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 29 қыркүйектегі № 761 бұйрығымен бекітілген Стационарлық көмек көрсету қағидаларына (Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12204 болып тіркелген) (бұдан әрі - № 761 Бұйрық) сәйкес МҰ немесе олардың тәулік бойы медициналық байқауы бар тиісті құрылымдық бөлімшелерде көрсетіледі.

85. Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы стационарға жоспарлы емдеуге жатқызу пациентте медициналық көрсетілімдер және медициналық көмек алу үшін ақпараттандырылған келісім болған жағдайда қабылдау бөлімшесінің дәрігері № 907 бұйрықпен бекітілген медициналық құжаттама толтырып, МҰ-ның қабылдау бөлімшесінде жүргізіледі.

Болуы мүмкін салдарларды көрсете отырып, медициналық көмектен бас тарту медициналық құжаттарға жазба жүргізумен ресімделеді және пациенттің не оның заңды өкілінің, сондай-ақ Кодекстің 93-бабына сәйкес медицина қызметкерінің қолы қойылады.

Пациент не оның заңды өкілі медициналық көмектен бас тарту туралы құжатқа қол қоюдан бас тартқан жағдайда осы туралы медициналық құжаттамада жазба жүргізіледі және медицина қызметкерінің қол қойылады.

86. Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарда жүзеге асырылады:

1) жүкті, босанған және босанатын әйелдерге және жана туған нәрестелерге стационарлық консультациялық-диагностикалық, емдеу-профилактикалық және оңалту көмегін көрсету;

2) жекелеген тәсілді ескере отырып жүктілікке, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде жоспар құру;

3) диагностикамен емдеудің клиника хаттамаларына сондай-ақ емдеп-қадағалау жоспарына сәйкес жүктілікті, босану және босанғаннан кейінгі кезеңді емдеп-қадағалау;

4) жүкті, босанған және босанатын әйелдерге консультация жүргізу медициналық көмек көрсету деңгейін сақтау бойынша бақылауды жүзеге асыру;

5) аналарға және жаңа туған нәрестелерге оңалту іс-шараларын өткізу, оның ішінде шала туған нәрестелерге күтім жасау;

6) жүкті, босанатын, босанған әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге телекоммуникациялық жүйелерді пайдалана отырып, медициналық көмек көрсету бойынша консультация беру;

7) медициналық-санитариялық алғашқы көмек медициналық ұйымдарымен, өңірдің акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі басқада медициналық ұйымдарымен; республикалық денсаулық сақтау ұйымдарымен сабақтастық және ақпарат алмасу;

8) акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық қызметтің негізгі көрсеткіштерінің статистикалық деректерін жинау және талдау жүргізу;

9) еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын, жүктілігі және босануы бойынша, гинекологиялық науқастарға еңбекке уақытша жарамсыздық парағы мен анықтама беру;

10) әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық көмектің көшпелі түрлерін ұйымдастыру;

11) өз қызметінде ана мен перинаталдық сырқаттанушылық мен өлімді төмендетуге, әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған ДДҰ/ЮНИСЕФ ұсынымдары бойынша профилактиканың, диагностиканың және емдеудің заманауи және тиімді медициналық технологияларын пайдалану;

12) аналарға және жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде төмен және экстремалды төмен дене салмағымен жаңа туған нәрестелерге реанимациялық көмек көрсету және қарқынды терапия;

13) әйелдерге медициналық-психологиялық көмекті жүзеге асыру;

14) әдістемелік жұмысты ұйымдастыру, перинаталдық көмек мәселелері бойынша дәрігерлердің және орта медицина персоналының кәсіби біліктілігін арттыру, акушерия, гинекология және перинатологияның өзекті мәселелері бойынша конференция/кеңес өткізу, сондай-ақ жер жерлерде мастер-кластар өткізу;

15) халық үшін перинаталдық көмек, ұрпақты болу денсаулығы және емшек сүтімен қоректендіру, ана болу қауіпсіздігі мәселелері бойынша қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламаларының іске асырылуын қамтамасыз ету жүзеге асырылады.

87. Гестация мерзімі 36 аптаға дейінгі жүкті әйелдерді, акушерлік және гинекологиялық асқынулар болмаған немесе болмашы көрінетін жағдайларда босанған әйелдерді және басым экстрагениталды патологиялары бар аборттан

кейінгі кезеңдегі әйелдерді емдеуге жатқызу клиникалық хаттамаларға сәйкес көрсетілімдер бойынша, ал олар болмаған жағдайда – дәрігерлер консилиумының шешімі бойынша бейінді мамандандырылған медициналық ұйымдарға немесе көп бейінді ауруханалардың бөлімшелерінде жүзеге асырылады.

88. Аборттан кейінгі және босанғаннан кейінгі асқынулары бар әйелдер көп бейінді аурухананың гинекологиялық бөлімшелеріне төсекке емдеуге жатқызылады.

89. Көп бейінді стационарға Жүктіліктің 36 аптасына дейінгі, созылмалы аурулармен ауыратын және көп бейінді стационарлардың мамандандырылған бөлімшелерінде емдеуді қажет ететін жүкті әйелдер көп бейінді стационарға келіп түскен кезде емдеуші дәрігер бөлімшенің меңгерушісімен және акушер-гинеколог дәрігермен бірлесіп ауру ағымының ауырлығын, жүктіліктің барысын және емдеу тактикасын бағалау үшін қарап-тексеру жүргізеді.

90. Жүктілікті көтеруге қарсы көрсетілімдер болып табылатын экстрагениталдық аурулар кезінде ана мен ұрықтың өмірі үшін қауіпті ескере отырып, жүктілікті ұзартудың орындылығы туралы комиссиялық шешім қабылдайды.

91. Жүкті және босанатын әйелдердің өміріне қауіп төндіретін ауыр аурулар мен асқынулар кезінде республикалық деңгейдегі бейінді МҰ пациентті ауыстыру (тасымалдау үшін қарсы көрсетілім жоқ болған кезде) туралы комиссиялық шешім қабылданады.

92. Әйелдерге жүктілік және одан тыс кезде, ұрпақты болу ағзаларының аурулары бар әйелдерге стационарлық көмек диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес көрсетіледі.

93. Гинекологиялық бөлімшеге көрсетілімдер бойынша консервативтік және операциялық емдеу үшін науқастар емдеуге жатқызылады.

94. Терапияға берілмейтін бедеулік диагнозы қойылған жағдайда ерлі-зайыптылар жұбының немесе некеге тұрмаған әйелдің қалауы бойынша Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 30 қазандағы № 627 бұйрығымен бекітілген Ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологияларын жүргізу қағидаларына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5919 болып тіркелген) сәйкес ұрпақты болудың қосалқы технологиялары қолданылады.

95. Қарқынды емдеу мен реанимациялық іс-шараларды жүргізуді талап ететін медициналық көмек көрсету бейінді мамандарды тарта отырып, анестезиология, реанимация және қарқынды терапия бөлімшелерінде (бұдан әрі – АРҚТБ) жүзеге асырылады.

96. Жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдерге қарай осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейлері бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарда жүзеге асырылады.

97. Бірінші деңгейлі МҰ жүктіліктің асқынбаған ағымы және шұғыл физиологиялық босанатын жүкті және босанатын әйелдерге медициналық көмек көрсетуге арналған.

98. Перинаталдық көмекті өңірлендірудің бірінші деңгейіндегі стационарлар ұйымдарының құрылымына: жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімшелер, екпе кабинеті, жаңа туған нәрестелерге арналған қарқынды терапия палаталары сондай клиникалық-диагностикалық зертхана кіреді.

99. Екінші деңгейлі ұйым асқынбаған жүктілік, 34 аптадан бастап одан артық гестация мерзімімен уақытынан бұрын босанған кезде әйелдерге, сондай-ақ осы стандартқа 1-қосымшаға сәйкес перинаталдық патологияны іске асырудың орташа қаупі және көрсетілімі бар жүкті, босанатын және босанған әйелдерге арналған.

100. Перинаталдық көмекті өңірлендірудің екінші деңгейіндегі МҰ-ның құрылымында жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімше, жаңа туған нәрестелерге арналған реанимация және қарқынды терапия бөлімшелері, сондай-ақ, клиникалық-диагностикалық зертхана ұйымдастырылады.

101. Үшінші деңгейдегі МҰ асқынған жүктілігі, 22 аптадан бастап 33 аптаға дейін гестация мерзімімен уақытынан бұрын босанған кезде әйелдерді сондай-ақ осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес перинаталдық патологияны іске асырудың орташа қаупі және көрсетілімі бар жүкті, босанатын және босанған әйелдерге арналған. Үшінші деңгей жүкті, босанатын, босанған әйелдер мен мамандандырылған акушерлік және неонаталдық көмекті қажет ететін науқас жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде дене салмағы 1500,0 және одан аз грамм

болатын, барынша төмен деңгейдегі ұйымнан ауыстырылған шала туған нәрестелерге медициналық көмектің барлық түрлері көрсетіледі.

102. Перинаталдық көмекті өңірлендірудің үшінші деңгейіндегі МҰ-ның жаңа туған нәрестелердің реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі құрылымында: анамен бірге болу бөлімшесі, жаңа туған нәрестелердің патологиясы және жаңа туған нәрестелерге күтім жасау бөлімшесі, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық және бактериологиялық зертхана ұйымдастырылады.

103. Туындаған кезек күттірмейтін жағдаймен жүкті және босанатын әйелдер бейіні бойынша сәйкес келмейтін медициналық ұйымға келіп түскен жағдайда олардың жағдайы тұрақтанғаннан кейін келісусіз анағұрлым жоғары деңгейдегі мамандандырылған, көп бейінді стационарға немесе акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі басқа медициналық ұйымдарға жеткізу үшін (қабылдайтын ұйымды алдын ала хабардар ете отырып) жедел медициналық көмек бригадасын шақырту қамтамасыз етіледі.

104. Жүкті, босанатын, босанған әйелдердің жағдайы тасымалдауға келмейтін жағдай кезінде «өзіне» білікті мамандарды шақыру, кезек күттірмейтін жағдайлар туындаған кезде алғашқы реанимациялық көмек кешенін көрсету, ана мен ұрықтың қауіп жағдайларының диагностикасы, босандыру жөніндегі мәселелерді шешу, анағұрлым жоғары деңгейге ауыстырғанға дейін қарқынды және қолдау терапиясын жүргізу жүзеге асырылады.

105. Өңір аумағында перинаталдық көмекті өңірлендірудің төмен тұрған деңгейінде МҰ болмаған жағдайда жүкті, босанатын, босанған әйелдерді және жаңа туған нәрестелерді емдеуге жатқызу перинаталдық көмегін өңірлендірудің жоғары тұрған деңгейдегі МҰ-ға, сондай-ақ жүкті, босанатын, босанған әйелдің еркін таңдауы ескеріліп, жүзеге асырылады.

106. Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейде медициналық ұйымдардың босандыру және балалар бөлімшелерін жаратқандыру «Қазақстан Республикасында педиатриялық көмекті ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 желтоқсандағы №1027 бұйрығына сәйкес (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде №16279 болып тіркелген) перинаталдық

көмекті өңірлендіру деңгейлеріне қарай босандыру ұйымдарына арналған медициналық жабдықтар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесіне сәйкес жүзеге асырылады.

107. МҰ өңірлендіру деңгейін айқындау туралы шешімді кадрлық әлеуетті, денсаулық сақтау саласындағы жергілікті атқарушы органдар, жарактануды, қолжетімділікті, көлік инфрақұрылымын ескере отырып жергілікті атқарушы орган қабылдайды.

108. Жоғары технологиялық медициналық қызметтер көрсетуге мұқтаж жүкті, босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелер, гинекологиялық науқастар тиісті медициналық ұйымдарға жіберіледі.

109. Барлық босанған әйелдер босанғаннан кейінгі кезеңде акушерлік-гинекологиялық көмекті көрсететін стационарлық деңгейдегі басқа медициналық ұйымдардан шығарылғанға дейін кеуде қуысының флюорографиялық зерттеп-қараудан өтеді.

110. Босанған әйелді стационарлардан шығаратын күні тексеріп-қарау, жағдайын бағалау, асқынулары мен қауіпті белгілерінің профилактикасы туралы консультация жүргізіледі, нақты тұратын жері бойынша белсенді бару үшін МСАК ұйымына босанған әйелдің босану кезеңіне қатысты мәліметтерді жібереді.

111. Денсаулық сақтау ұйымдары перинаталдық көмекті өңірлендірудің барынша жоғарғы деңгейіндегі МҰ-ға және денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарына жүкті, босанатын және босанған әйелдерге немесе стационарлық емдеу кезінде күрделі жағдайлар анықталған кезде хабардар ету Стандарттың 2-қосымшасына сәйкес хабарлауға жататын жүкті, босанатын және босанған әйелдердің ауыр жағдайларының тізбесіне сәйкес хабарлауды жүзеге асырады.

112. Әйелдерде ауыр жағдайлар туындаған жағдайда хабарлаудың мынадай схемасын сақтаған жөн:

1) стационардағы емдеуші дәрігер, кафедра меңгерушісі, жауапты кезекші дәрігер:

реанимация және қарқынды терапия бөлімшесінің дәрігерін (бар болса) шақырады, 30 минуттың ішінде шақырған жерге келуі тиіс;

10 минуттың ішінде ауыр жағдайдағы пациент туралы бас дәрігердің емдеу ісі жөніндегі орынбасарына хабарлайды;

диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес медициналық көмектің көлемін көрсетеді;

Осы Стандартқа 3-қосымшаға сәйкес ауыр жағдайдағы жүкті (босанатын, босанған) әйелдің картасын уақтылы толтырып, босандыру және балалар мәселелеріне жетекшілік ететін республикалық орталықтарға жібереді;

2) бас дәрігердің орынбасары:

қалыптасқан жағдай туралы дереу бас дәрігерге хабарлайды; 20-30 минуттың ішінде консилиум құрады;

30 минуттың ішінде жергілікті денсаулық сақтау органдарына хабарлайды; қажет болған жағдайда санитариялық авиацияның мобильдік бригадасын (бұдан әрі - САМБ) шақырады;

пациенттердің ауыр жағдайларын емдеуді қамтамасыз ету үшін қажетті дәрілік заттармен, медициналық мақсаттағы бұйымдармен, қан компоненттерімен қамтамасыз етеді;

3) облыстардың, Алматы және Астана қалаларының денсаулық сақтау басқармаларының жергілікті органдары:

әйелдердің ауыр жағдайы кезінде хабарлаудың өңірлік (барлық қатысушыларды көрсете отырып) дербес схемасын құрастырады;

босандыру және балалар мәселелеріне жетекшілік ететін республикалық орталықтарға ауыр жағдайлар туралы уақтылы хабарлайды;

пациенттің жағдайы тұрақтанғанға дейін әрбір 3 сағат сайын ауыр жағдайға мониторингті жүзеге асырады;

медициналық ұйымдарды дәрілік заттармен, қан компоненттерімен және бірінші кезектегі қажетті медициналық жабдықпен қамтамасыз етеді;

телемедициналық консультациялардың уақтылы өткізілуін қамтамасыз етеді;

әйелдер мен жаңа туған нәрестелерді арнайы көлікте тасымалдауды үйлестіреді;

ауыр науқастарды тасымалдау кезінде жедел көмек көрсетуге санитариялық көмектің толық дайындығын қамтамасыз етеді, оларды перинаталдық көмекті өңірлендіруге сәйкес жарақтандырады;

өңірлік санитариялық авиацияның тәуліктік режимдегі қызметін үйлестіреді және қамтамасыз етеді;

ана мен бала өлімін төмендету бойынша өңірлік штабқа өңірдің негізгі проблемалары туралы ақпаратты ұсынады.

4) республикалық деңгейдегі медициналық ұйымдар:

телемедициналық консультацияларды өткізу және шақырту түскеннен кейінгі бірінші тәуліктің ішінде санитариялық авиация түрінде медициналық көмек көрсету үшін білікті мамандарды жіберуді;

төмен деңгейдегі ұйымдардан ауыстырылған және республикалық деңгейде мамандандырылған көмек көрсетуге мұқтаж әйелдерді (жүкті, босанатын босанған әйелдерді) кедергісіз емдеуге жатқызуды;

жоғары мамандандырылған медициналық көмекті;

стационардың ауыр жағдайдағы науқастарды емдеуге жатқызуға дайындығын;

5) босандыру және балалар мәселелеріне жетекшілік ететін республикалық орталықтар:

жүкті, босанатын, босанған әйелдердің және жаңа туған нәрестелердің ауыр жағдайларына күнделікті мониторингті жүзеге асыруды;

жедел тәртіпте келіп түскен ауыр жағдайды есепке алу карточкаларын тіркеуді жүзеге асыруды;

күн сайын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне, Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығына күрделі жағдайлар туралы мәліметті жіберуді;

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне есепті айдан кейінгі айдың 5 күніне дейін өңірлер бойынша жағдайдың талдауын ұсынуды қамтамасыз етеді.

113. Ауыр жағдайдағы жүкті, босанатын, босанған әйелдерді перинаталдық көмектің үшінші деңгейіне, облыстық және республикалық денсаулық сақтау

ұйымдарына тасымалдауды САМБ қызметкерлерінің қатысуымен гемодинамиканы қалпына келтіргеннен және қабылдайтын медициналық ұйымға хабарлау арқылы өмірлік маңызды функцияларды тұрақтандырғаннан кейін дәрігерлер консилиумының шешімі бойынша жүзеге асырылады.

114. Ауыстырудың алдында мүмкіндігінше медициналық құжаттамаға жазып хабарланған тараптың қолын қойдырып, дәрігер ауыстыру себептері және қабылдайтын ұйымның мекенжайы туралы пациенттің заңды өкілдеріне немесе туыстарына хабарлайды.

115. Жүкті, босанатын, босанған әйелдерге облыстық және республикалық деңгейдегі медициналық ұйымдарда (медициналық ұйымға алдын ала хабарлаумен келісусіз) емдеу үшін көрсетілімдердің болуы санитариялық авиация түріндегі (тікұшақ, ұшақ) медициналық көмек көрсетудің негізі болып табылады.

116. Жүкті, босанатын, босанған әйелдер мамандандырылған жердегі немесе әуе көлігінде жедел медициналық көмек (бұдан әрі - ЖМК) бригадасының алып жүруімен білікті мамандарды тарту арқылы САМБ -ның алып жүруімен тасымалданады.

117. ЖМК немесе САМБ мамандары пациент жағдайының ауырлығына байланысты барынша жоғары деңгейдегі медициналық ұйымға тасымалдау мүмкін еместігін анықтаған жағдайда, медициналық көмек пациенттің орналасқан жерінде білікті мамандарды 3 деңгейден және (немесе) республикалық деңгейден тарта отырып көрсетіледі.

118. Медициналық құжаттаманы (жіберіп отырған медициналық ұйымның жүкті әйелдің картасынан, ауру немесе босану сырқатнамасынан көшірмесі) жіберіп отырған медициналық ұйымның мамандарын уақтылы дайындап, пациентпен бірге жібереді.

119. Жол бойында ЖМК немесе САМБ бригадасы (тасымалдау) диагностиканың және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес медициналық көмек көрсетеді. ЖМК немесе САМБ арқылы тасымалданған пациентті қабылдаушы ұйымның дәрігері (консилиумы) дереу тексеріп-қарайды.

120. ЖМК немесе САМБ бригадасы осы Стандартқа 4-қосымшаға сәйкес жүкті, босанатын, босанған әйелдерді тасымалдау үшін жарақтандырудың ең төменгі тізбесімен қамтамасыз етіледі.

121. ЖМК немесе САМБ мамандары әйелдерді тасымалдау кезінде жай-күйінің мониторингін көрсететін медициналық құжатты, сондай-ақ осы Стандартқа 5-қосымшаға сәйкес жүкті, босанатын, босанған әйелдерді тасымалдаудың хаттамасын жүргізуді қамтамасыз етеді және оны емдеуге жатқызу кезінде медициналық ұйымға және санитариялық авиацияның өңірлік филиалына ұсынады.

**Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
1-қосымша**

Перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейлері бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдер

1-деңгей	2-деңгей	3-деңгей
<p>жүктіліктің 37 аптасынан бастап жалған толғақтар; ұрық қабықшаларының босануға дейін жыртылуы; жеңіл гестациялық гипертензия жеңіл созылмалы артериялық гипертензия; шекті анемия; ұрықтың алда жатуы; асқынбаған кесарь тілігі/миоэктомиядан кейінгі жатырдағы бір тыртық.</p>	<p>жүктіліктің 34 аптасынан бастап жалған толғақтар; 34-63 апта мерзімінде күнінен бұрын босану; ұрық қабықшаларының босануға дейін жыртылуы; гестациялық гипертензия шекті дәреже; созылмалы артериялық гипертензия шекті дәреже; преэклампсия жеңіл дәрежелі; ауыр анемия; гестациялық қант диабеті компенсацияланған; ұрықтың алда жатуы; ұрықтың антенаталдық шегінеуі; босану күні өткен жүктілік; индукцияланған ЭКҰ жүктілігі (бір ұрық); ұрықтың гематологиялық ауруының белгілерінсіз резус-иммунизация; ұрықтың қанағаттанарлық жатыр ішілік жай-күйінде көп ұрықты жүктілік; ұрықтың қанағаттанарлық жай-күйінде қағанақ суының аз болуы, қағанақ суының көп болуы; қосарлаған патология және асқынуларсыз және (немесе) үйлесімде кесарь тілігінің бір немесе екі операциясы; ремиссия және субкомпенсация сатысында экстрагениталды аурулар; кіші жамбас ағзаларының даму аномалиясы, жамбас сүйектерінің деформациясы;</p>	<p>жүктіліктің 22 аптасынан бастап жалған толғақтар; 22-33 апта мерзімдерінде уақытынан бұрын босану; ұрық қабықшаларының босануға дейін жыртылуы; ауыр дәрежелі гестациялық гипертензия; ауыр дәрежелі созылмалы артериялық гипертензия; ауыр дәрежелі преэклампсия; эклампсия; гестациялық қант диабеті декомпенсацияланған; ұрықтың гематологиялық ауруының белгілерімен резус-иммунизация; ұрықтың алда жатуы; ұрықтың/ұрықтардың жатыр ішілік жай-күйлерінің бұзылуларымен көп ұрықты жүктілік; көп бала туған; туғаннан кейін бірден хирургиялық емдеуді талап ететін ұрықтың туа біткен даму ақаулары; ұрықтың жай-күйінің бұзылуымен қағанақ суының аз болуы, көп болуы; ұрықтың жатыр ішілік дамудың тежелуі; анамнезінде үш және одан да көп кесарь тілігі; үлкен көлемде немесе көптеген жатырдағы және қосалқылардағы қатерлі емес ісіктер; резус-изоиммунизация; туғаннан кейін бірден операциялық араласуды және қарқынды терапияны талап ететін ұрықтың дамуының туа біткен ақаулары.</p>

	<p>туғаннан кейін бірден хирургиялық емді талап етпейтін ұрықтың туа біткен даму ақаулары;</p> <p>ұрықтың туа біткен емделмейтін даму ақауы, соның ішінде ұрықтағы көптеген, хромосомалық аурулар.</p>	
--	--	--

Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
2-қосымша

**Хабарлауға жататын жүкті, босанатын, босанған әйелдердің
қиын жағдайларының тізбесі**

1. Қиын жағдайлар – бұл босанғаннан/аборттан кейін 42 күннің ішінде өмірге айқын қауіп белгілерімен жүкті, босанатын немесе босанған әйелдің жай-күйі.

2. Қиын жағдайларға:

- 1) ағзалық дисфункциясының ауыр преэклампсиясы;
- 2) эклампсия;
- 3) ауыр босанғаннан кейінгі қан кету (1500 мл және одан жоғары қан жоғалтумен, гемотрансфузиямен және (немесе) гистерэктомиямен);
- 4) жатырдың жыртылуы;
- 5) аборттың ауыр асқынулары (жатырдан қан кету немесе гистерэктомияға алып келетін инфекциялар);
- 6) сепсис (ошақ болған және (немесе) күмән болған жағдайда жүйелі қабыну синдромы);

7) ауыр босанғаннан кейінгі депрессия;

8) декомпенсация жай-күйлері жатады.

3. Ағзалық дисфункцияларға:

1) жүрек-қан тамыр жүйесінің дисфункциясы: шок, жүректің тоқтауы (пульстің/жүрек соғысының болмауы және есті жоғалту), вазоактивті дәрілік препараттарды үздіксіз енгізу, жүрек-өкпе реанимациясы, ауыр гипоперфузия (лактат 5 ммоль/л артық немесе 45 мг/дл артық), ауыр ацидоз ($pH < 7,1$);

2) респираторлық дисфункция: жіті цианоз, агоналды тыныс алуы, ауыр тахипноэ (тыныс алу қозғалыстарының жиілігі >40 тыныс алу қимылы минутына), ауыр брадипноэ (тыныс алу қозғалыстарының жиілігі <6 минутына)

тыныс алу қозғалыстары), интубация және анестезиямен байланысты емес өкпені желдету, ауыр гипоксемия (қанның оттегімен қанығуы $<90\% \geq 60$ минутта немесе $PAO_2/FiO_2 < 200$);

3) бүйрек дисфункциясы: сұйықтықтарды немесе диуретиктерді қабылдамайтын олигурия, жіті бүйрек функцияларының жетіспеушілігі кезіндегі диализ, ауыр жіті азотемия (креатинин ≥ 300 $\mu\text{моль/мл}$ немесе $\geq 3,5$ мг/дл);

4) қан ұюының бұзылуы/гематологиялық бұзылушылықтар: қан ұйындыларының баяу түзілуі, қанның немесе эритроциттердің үлкен көлемін құю (≥ 5 бірлік), ауыр жіті тромбоцитопения ($< 50\,000$ тромбоциттер/мл);

5) бауыр дисфункциясы: преэкламсия жағдайында сары ауру, ауыр жіті гипербилирубинемия (билирубин > 100 $\mu\text{моль/л}$ немесе $> 6,0$ мг/дл);

6) неврологиялық бұзылушылықтар: ұзақ ессіз кезең (ұзақтығы ≥ 12 сағат) /кома (оның ішінде, метаболизмдік кома), апоплексиялық инсульт, еріксіз құрысқақ ұстамалары және (немесе) эпилепсиялық жай-күйлер, жалпы паралич.

Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
3-қосымша

Нысан

Қиын жағдайлардағы жүкті, босанатын, босанған әйелдің картасы

№	Атауы	Пациенттің деректері
1.	Медициналық ұйымның атауы	
2.	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (бұдан әрі – Т.А.Ә.)	
3.	Жасы	
4.	Мекенжайы	
5.	Жеке сәйкестендіру нөмірі (егер болса)	
6.	Жүктілік (босану) паритеті	
7.	Жүктіліктің, босанудан кейінгі кезеңнің мерзімі (тәулік)	
8.	Емдеуге жатқызу күні және уақыты	
9.	Қалай жеткізілді, қайдан ауыстырылды	
10.	Келіп түскен кездегі жай-күйі	
11.	Клиникалық диагноз	
12.	Қорытынды диагноз	
13.	Диагнозды қоюдағы болған проблемалар (егер болса)	
14.	Емдеу	
15.	Одан арғы тактика	
16.	Емдеу шараларын көрсетуде проблемалар (егер болса)	
17.	Босандыру әдісі және күні	
18.	Картаны толтыру күні	
19.	Кім толтырды (Т.А.Ә.), лауазымы, байланыс телефоны	

Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
4-қосымша

**Жүкті және босанған әйелдерді тасымалдауға арналған
жарақтандырудың ең төмен тізбесі**

- 1) рефлексстік балға;
- 2) өкпені жасанды желдетудің көлікке арналған аппараты;
- 3) портативтік кардиомонитор;
- 4) оттегі баллоны;
- 5) инфузиялық шприцті сорғы (перфузор және (немесе) дозатор);
- 6) электрлік сорғы;
- 7) өкпені жасанды желдетуге арналған қолмен жұмыс істеуге болатын аппарат (Амбу қапшығы);
- 8) реанимациялық жинақтар: ларингоскоп, интубациялық түтікшелер, ларингоскопқа арналған батареялар, ауа өткізгіштер);
- 9) аспирациялық катетерлер: СН № 14, № 16, № 18;
- 10) босануды қабылдауға арналған жинақ;
- 11) қан кетуді тоқтатуға арналған төсеме.

Қазақстан Республикасында
акушерлік-гинекологиялық
көмек көрсетуді
ұйымдастыру стандартына
5-қосымша

**Жүкті, босанатын және босанған әйелдерді тасымалдау
хаттамасы**

Жіберген медициналық ұйым: _____

Тасымалдауды бастаған күн мен уақыт: _____

Диагноз: _____

Шыққан сәттегі жағдай: _____

Оргалық нерв жүйесінің жағдайы: _____

Тері жабыны: _____

Демалу қозғалысының жиілігі (бұдан әрі - ДҚЖ): _____

Жүрек жиырылуының жиілігі (бұдан әрі - ЖЖЖ): _____

Артериялық қысым (бұдан әрі - АҚ): _____

Жетекші патологиялық синдромдар: _____

Тасымалдау қаупі: _____

Тасымалдау кезіндегі іс - шаралар: _____

Қабылдайтын медициналық ұйым: _____

Келу кезіндегі жағдайдың диагностикасы: _____

ДҚЖ: _____ ЖЖЖ _____ АҚ: _____

Түскен күні, уақыты: _____

Пациентті тасымалдаған дәрігер: _____ / _____ /

Пациентті қабылдаған дәрігер _____ / _____