Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 мая 2018 года № 16854.

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан.

2. Признать утратившим силу:

1) приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 августа 2010 года № 631 "Об утверждении Положения об организациях , оказывающих гинекологическую помощь детям" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6451, опубликован 22 сентября 2010 года в газете "Казахстанская правда" № 249 (26310));

2) приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593 "Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7931, опубликован 15 ноября 2012 года в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 24).

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодические печатные издания;

4) размещение настоящего приказа на интернет- ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л. М.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
Республики Казахстан *Е. Биртанов*

Утвержден
приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 16 апреля 2018 года № 173

Стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан

Глава 1. Общие положения

1. Настоящий Стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливает общие требования к порядку организации оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, родильницам, роженицам и гинекологическим больным в организациях здравоохранения.

2. Определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) акушерско-гинекологическая помощь – комплекс медицинских услуг, оказываемых женщинам при беременности, родах, после родов, гинекологических заболеваниях, при профилактическом наблюдении, а также мероприятия по охране репродуктивного здоровья женщин и планированию семьи;

2) регионализация перинатальной помощи – распределение медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствии со степенью риска течения беременности и родов;

3) патронаж – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному);

4) активное посещение – посещение больного на дому врачом/средним медицинским работником по инициативе врача, а также после передачи сведений в организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) из стационаров о выписанных больных, из организаций скорой помощи после обслуживания вызова к пациентам, нуждающимся в активном осмотре медицинским работником.

5) инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека;

6) контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

7) вспомогательные репродуктивные методы и технологии – методы лечения бесплодия (искусственная инсеминация, искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона), при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства);

8) репродуктивное здоровье – здоровье человека, отражающее его способность к воспроизводству полноценного потомства;

9) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий государственное регулирование в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств, контроля за качеством медицинских услуг;

10) Республиканский центр критического акушерства (далее - РЦКА)- структурное подразделение медицинской организации в столице Республики Казахстан, определяемое уполномоченным органом в области здравоохранения и осуществляющее координацию деятельности медицинских организаций по оказанию стационарной медицинской помощи женщинам в критическом состоянии после родов/абортов в Республики Казахстан.

Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 04.07.2019 № ҚР ДСМ-102 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Глава 2. Основные направления деятельности организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в Республике Казахстан

3. Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и женщинам вне беременности оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее- ОСМС), в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан "О страховой деятельности", на платной основе согласно Правилам и условиям оказания платных услуг в организациях здравоохранения, утвержденного приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 апреля 2015 года № 304 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11341);.

Сноска. Пункт 3 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

4. Лекарственное обеспечение беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных осуществляется в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на основании лекарственных формуляров, в соответствии с Правилами разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения, утвержденного приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2017 года № 931 Казахстанского национального лекарственного формуляра (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 18586) (далее – Приказ № 931) и в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 августа 2017 года № 666 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15724).

Сноска. Пункт 4 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5. Основными направлениями деятельности медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь (далее – МО), являются:

1) оказание доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг женщинам в период беременности , родов и послеродового периода, а также гинекологической помощи;

2) проведение мероприятий, обеспечивающих доступность медицинской помощи и качество медицинских услуг;

3) предоставление услуг по планированию семьи женщинам репродуктивного возраста.

6. Оказание акушерско-гинекологической помощи осуществляется в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлинической помощи (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения): первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) и консультативно-диагностической помощи (далее – КДП);

2) стационарозамещающей помощи (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

3) стационарной помощи (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

4) скорой медицинской помощи;

5) санитарной авиации.

7. Акушерско-гинекологическая помощь женщинам осуществляется в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического и стационарного уровней врачами по специальности "Акушерство-гинекология (гинекология детская, функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности, эндоскопия по профилю основной специальности)" (далее – врачами акушер-гинекологами), средними медицинскими работниками по специальностям " Акушерское дело (акушер, акушер общей практики)" (далее – акушеры), "Лечебное дело (фельдшер, фельдшер общей практики)" (далее – фельдшеры), "Сестринское дело (медицинская(ий) сестра/брат, медицинская(ий) сестра/брат общей практики, специализированная(ый) медицинская(ий) сестра/брат)" (далее – медицинскими сестрами/братьями).

8. Оказание акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным всех возрастов проводится в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан.

9. При обнаружении фактов насилия и телесных повреждений осуществляется оказание лечебно-профилактической помощи и проведение медицинской реабилитации , извещение органов внутренних дел о фактах обращения потерпевших в соответствии со статьей 13 Закона Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года "О профилактике бытового насилия".

10. Медицинские организации обеспечивают ведение первичной медицинской документации в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2010 года № 907 (

зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее –Приказ № 907).

Глава 3. Организация оказания акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне

11. Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи осуществляется в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в том числе ПМСП и КДП.

12. Врач акушер-гинеколог оказывает и организует акушерско-гинекологическую помощь женщинам при беременности, после родов, предоставляет услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы путем:

1) диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин "по факторам риска";

2) проведения пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода;

3) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

4) направления беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг (далее – ВТМУ) в медицинские организации республиканского уровня;

5) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

6) проведения патронажа беременных и родильниц по показаниям;

7) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

8) профилактики и выявления инфекций, передаваемых половым путем (далее – ИППП) для направления к профильным специалистам;

9) обследования женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных

методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;

10) по результатам обследования женщина включается в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста (далее - группа ЖФВ) в зависимости от состояния репродуктивного и соматического здоровья для своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;

11) организации и проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;

12) обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;

13) выявления и обследования гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации;

14) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

15) выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;

16) обеспечения преемственности взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных;

17) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

18) внедрения в практику современных безопасных диагностических и лечебных технологий, мер профилактики и реабилитации больных с учетом принципов доказательной медицины;

19) выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции;

20) проведения мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, подготовке к материнству, грудному вскармливанию, планированию семьи, профилактике абортов и инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и других социально-значимых болезней;

21) проведения анализа показателей работы акушерско-гинекологических подразделений (кабинета), статистического учета, оценки эффективности и качества

медицинской помощи, разработки предложений по улучшению акушерско-гинекологической помощи;

22) проведения образовательной работы с населением, врачами и акушерками в следующих формах: индивидуальные и групповые беседы, лекции, витражи, публикации в печатных и электронных средствах массовой информации (телевидение, радио и интернет). Проведение образовательной работы осуществляется совместно с центрами формирования здорового образа жизни. Учет проделанной работы ведется в журнале регистрации информационно-образовательной работы медицинской организации по форме № 038-1/у, утвержденной приказом № 907.

13. Средние медицинские работники (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры/ братья) оказывают доврачебную помощь женщинам во время и вне беременности, включающие:

1) самостоятельный прием и медицинский осмотр с целью определения состояния здоровья пациента, выявления заболеваний и осложнений беременности

2) внесение данных в подсистему "Регистр беременных и женщин фертильного возраста" электронного портала "Регистр прикрепленного населения" с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ;

3) оказание неотложной и экстренной доврачебной медицинской помощи беременным, родильницам и женщинам фертильного возраста при состояниях, угрожающих жизни и здоровью женщины, в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

4) динамическое наблюдение за беременными с хроническими заболеваниями совместно с участковыми врачами и профильными специалистами;

5) выполнение назначений врача акушер-гинеколога в соответствии с функциональными обязанностями;

6) ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения;

7) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы ЖФВ социального риска;

8) проведение профилактического медицинского осмотра женщин с целью раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других локализаций (кожи, молочных желез);

9) проведение медицинского сестринского осмотра женщин всех возрастных групп, обратившихся за медицинской помощью;

10) участие в проведении скрининговых и профилактических осмотров для выявления заболеваний;

11) предоставление консультативных услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья.

14. Врач акушер-гинеколог амбулаторно-поликлинических организаций организует и оказывает акушерско-гинекологическую помощь женщинам при беременности, после родов (антенатальное и постнатальное наблюдение), диагностику и лечение гинекологических заболеваний во всех возрастных группах в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, проводит мероприятия по укреплению репродуктивного здоровья и планированию семьи, а также профилактические осмотры и наблюдение.

15. При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании ее сохранить, врач акушер-гинеколог:

1) собирает анамнез, выясняет наличие у беременной и родственников заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и другие), рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;

2) обращает внимание на перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;

3) при сборе анамнеза выявляет группу "риска" по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности "Медицинская генетика" (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и/(или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией, наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание и другие);

4) направляет на забор крови беременных женщин для анализа материнских сывороточных маркеров в первом триместре беременности и назначает ультразвуковой скрининг в первом, втором и третьем триместрах беременности;

5) изучает особенности репродуктивной функции;

6) уточняет состояние здоровья супруга, группу крови и резус принадлежность;

7) изучает характер производства, где работают супруги, вредные привычки;

8) осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 12 недель и регистрацию в день выявления беременности для своевременного обследования;

9) выясняет наличие противопоказаний к вынашиванию беременности;

10) использует возможность получения информации из регистра беременных и ЖФВ о течении предыдущих беременностей и ранее выявленных соматических заболеваниях.

11) составляет предварительный план ведения с учетом выявленных факторов.

16. После получения результатов обследования:

1) определяется принадлежность беременной к той или иной группе с учетом факторов риска по:

невынашиванию;

развитию преэклампсии, эклампсии;

задержке развития плода;

обострению экстрагенитальных заболеваний;

кровотечению;

разрыву матки;

развитию гнойно-септических осложнений;

врожденным порокам развития и хромосомной патологии у плода;

2) составляется индивидуальный план наблюдения беременной с учетом факторов риска и с использованием современных технологий обследования матери и плода.

17. Дополнительные данные последующих осмотров и исследований фиксируются в карте при каждом посещении беременной врача акушера-гинеколога.

18. Индивидуальная карта беременной и родильницы по форме № 111/у, утвержденной приказом № 907 (далее – форма № 111/у), хранится в кабинете каждого врача акушера-гинеколога в картотеке.

19. Обменная карта беременной и родильницы по форме № 113/у, утвержденной приказом № 907 (далее – форма № 113/у), выдается беременной при первом посещении и находится у нее на руках в течение всей беременности для предъявления по месту наблюдения и в другие медицинские организации.

20. В картотеке отдельно выделяются карты беременных, подлежащих патронажу, находящихся на стационарном лечении, временно выбывших и родивших.

21. Беременные женщины, не явившиеся на прием в течение 3 дней после назначенной даты, подлежат патронажу на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой, которая должна иметь при себе тонометр, термометр и стетоскоп . Данные о результатах патронажного посещения заносятся акушеркой в форму № 111/ у и форму № 113/у.

22. Патронажи беременных и родильниц осуществляют участковые терапевты, врачи общей практики, участковые педиатры и медицинские сестры.

23. Патронажное наблюдение беременных и родильниц на дому проводится на основе универсально-прогрессивной модели согласно международных рекомендаций.

24. Универсальное (обязательное) патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) средним медицинским работником на дому.

25. Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья и безопасности.

26. При выявлении умеренного риска (в том числе проблем с грудным вскармливанием, затруднений с навыками гигиены и других) средний медицинский работник проводит работу самостоятельно или совместно с участковым врачом. В случае высокого риска (жестокое обращение, насилие, инвалидность женщины и другое), когда семья нуждается в социальном сопровождении, сведения передаются социальному работнику, психологу или представителям других секторов при необходимости (образования, социальной защиты, внутренних дел, акиматов, неправительственных организаций и других).

27. Вопрос о прерывании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии, определяется комиссионно врачебно-консультативной комиссией медицинской организации в соответствии с медицинскими показаниями к исскусственному прерыванию беременности, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 30 октября 2009 года № 626 "Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5864) (далее – приказ № 626).

28. Беременные с акушерскими осложнениями госпитализируются в отделение патологии беременности в медицинские организации стационарного уровня, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, с учетом принципов регионализации перинатальной помощи.

29. При наличии доминирующих экстрагенитальных заболеваний госпитализация беременных:

до срока 36 недель беременности осуществляется в специализированные профильные стационары или отделения многопрофильных больниц;

с 36 недель беременности в медицинские организации стационарного уровня, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь.

30. Врач акушер-гинеколог и акушерка осуществляют контроль за своевременной госпитализацией беременной женщины.

31. Беременным, не требующим круглосуточного наблюдения, оказывается стационарозамещающая помощь по показаниям.

32. Для перевода беременной на легкую и не связанную с профессиональными вредностями работу врачебно-консультативной комиссией выдается врачебное заключение о переводе беременной на другую работу по форме № 084/у, утвержденной приказом № 907.

33. Врач акушер-гинеколог выдает лист и справку о временной нетрудоспособности по беременности и родам в соответствии с Правилами проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справок о временной нетрудоспособности, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 183 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10964).

34. Лист о временной нетрудоспособности регистрируется в книге регистрации листков нетрудоспособности по форме № 036/у, утвержденной приказом № 907. Беременным, обучающимся в организациях образования, для освобождения от занятий выдаются справки о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (форма № 095/у).

35. В случае смены беременной места жительства дальнейшее наблюдение осуществляется врачом или акушеркой по месту фактического проживания. Запись об отъезде беременной фиксируется в медицинской документации (форма № 111/у и форма № 113/у). Передача сведений о переезде беременной осуществляется в медицинскую организацию по месту прибытия по телефону и в письменном виде.

36. Медицинское обслуживание родильниц на дому (патронаж) после неосложненных родов проводится акушеркой или медицинской сестрой в первые трое суток после выписки ее из акушерского стационара. При осложненном течении послеродового периода патронаж проводит врач.

37. Активному посещению подлежат родильницы, прибывшие на обслуживаемую территорию по сведениям, поступившим из медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, (телефонное или письменное извещение).

38. Во время патронажа осуществляются опрос, объективный осмотр родильницы, измерение артериального давления, пульса, температуры, осмотр и пальпация области молочных желез и живота, оценка выделений из половых путей. С родильницами проводится разъяснительная работа по возможности наступления новой беременности в период кормления ребенка, планированию семьи и средствах контрацепции, а также по срокам обращения в консультацию для подбора контрацепции.

39. Посещение родильницей акушерско-гинекологического отделения (кабинета) проводится на 10-е и 30-е сутки после родов. На приеме проводится измерение температуры, артериального давления, пульса, объективный осмотр, осмотр молочных желез, пальпация матки через переднюю брюшную стенку, осмотр наружных половых

органов и оценка выделений. Осмотр на гинекологических зеркалах, вагинальное исследование, а также назначение лабораторных исследований производятся по показаниям.

40. В случае неявки родильницы на прием в указанные сроки, средний медицинский работник проводит патронажное посещение и осмотр на дому.

41. Выписка из истории родов, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильницы заносятся в форму 111/у.

42. Все формы № 111/у до конца послеродового периода (42 дня) хранятся в специальной ячейке картотеки "родильницы". По окончании послеродового периода в форме № 111/у оформляется послеродовый эпикриз с указанием метода контрацепции и даты флюорографии.

43. Диспансеризация родильниц с факторами риска, после осложненных родов, оперативных вмешательств, перинатальных потерь проводится в течение одного года по месту прикрепления беременности совместно с профильными специалистами.

44. Организация амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи населению предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению, диспансерному наблюдению, оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным, направление на оказание специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг.

45. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при приеме женщин, обратившихся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет), в смотровых кабинетах медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, проведении профилактических осмотров женщин.

46. Ежегодное обследование женщин фертильного возраста участковым врачом акушер-гинекологом, ВОП, терапевтом проводится для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452 "О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам , роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста".

47. При необходимости назначается более детальное обследование с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов. По результатам обязательного обследования каждая женщина должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения женщин фертильного возраста с маркировкой медицинских карт амбулаторных больных.

48. С целью автоматизированного ведения групп и мониторинга показателей состояния здоровья ЖФВ данные по результатам обязательного медицинского

обследования с распределением по группам динамического наблюдения ЖФВ вносятся в подсистему "Регистр беременных и ЖФВ" электронного портала "Регистр прикрепленного населения" ВОП, терапевтами и врачами акушер-гинекологами.

49. При сборе анамнеза следует обращать внимание на наследственность, перенесенные заболевания и операции (в том числе и гинекологические), на особенности менструальной функции, половой жизни, здоровье супруга, течение и исход беременностей, применение методов контрацепции, условия труда и быта. Женщин репродуктивного возраста врач акушер- гинеколог информирует о методах контрацепции, помогает выбрать индивидуальный метод с учетом состояния здоровья женщины.

50. Все данные обследования женщины, манипуляции и операции, назначения и советы записываются врачом акушер-гинекологом в медицинскую карту амбулаторного пациента по форме № 025/у, утвержденной приказом № 907.

51. При первичном обращении женщины в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет) врач акушер-гинеколог проводит опрос жалоб, анамнеза, общий объективный осмотр, осмотр и пальпацию молочных желез, осмотр наружных половых органов, гинекологическое исследование на зеркалах и вагинальное исследование органов малого таза.

52. Цитологическое исследование мазка из цервикального канала проводится 1 раз в год, бактериоскопическое исследование вагинального мазка - по показаниям.

53. В случае выявления гинекологического заболевания на профилактическом осмотре женщине назначается лечение в амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства.

54. При установлении окончательного диагноза решается вопрос о лечении и диспансерном наблюдении за больной, согласно клинических протоколов диагностики и лечения. На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения по форме № 030/у, утвержденной приказом № 907.

55. Диспансеризация прекращается после выздоровления больной или в связи с выездом ее из района обслуживания акушерско-гинекологического отделения (кабинета). В случае выбытия диспансерной больной с территории медицинской организации осуществляется передача сведений в другую медицинскую организацию по месту прибытия.

56. Лечение гинекологических больных осуществляется в акушерско-гинекологическом отделении (кабинете), в гинекологических отделениях. Лечебные процедуры выполняются акушеркой (процедурной медицинской сестрой).

57. При лечении гинекологических больных, не требующих круглосуточного наблюдения, оказывается стационарозамещающая помощь по показаниям.

58. В структуре акушерско-гинекологического отделения предусматривается малая операционная и комната отдыха для временного пребывания больных после амбулаторных операций.

59. Малые гинекологические операции и манипуляции проводятся при отсутствии противопоказаний амбулаторно: биопсия шейки матки, аспирация (шприцем) содержимого полости матки для цитологического исследования, диатермокоагуляция/ эксцизия шейки матки, криотерапия, лазеротерапия и радиоволновая коагуляция, вакуум-аспирация (безопасный аборт), медикаментозный аборт, введение и удаление внутриматочных контрацептивов. Малые гинекологические операции регистрируются в журнале записи амбулаторных операций по форме 069/у, утвержденной приказом № 907.

60. Больной, которой показано стационарное лечение, выдается направление на госпитализацию, плановым больным направление выдается через Портал бюро госпитализации. Акушеркой участка производится запись в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 025/у) о фактической госпитализации женщины.

61. После выписки больной из стационара врачом акушер-гинекологом отделения (кабинета) принимаются во внимание рекомендации врача гинекологического отделения. Сведения из выписки медицинской карты стационарного больного переносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 025/у), выписка остается у пациентки.

62. Для предупреждения абортов у женщин проводится индивидуальный подбор и обучение по использованию современных методов контрацепции. При наличии у женщин тяжелых экстрагенитальных заболеваний, при которых вынашивание беременности и роды противопоказаны, а также для сексуально активных девочек-подростков, необходим подбор постоянного эффективного метода контрацепции.

63. При обращении беременной женщины за направлением для искусственного прерывания беременности после определения срока беременности и отсутствии медицинских противопоказаний к медицинскому аборту врач акушер-гинеколог разъясняет опасность и вред прерывания беременности, проводит консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья и индивидуального подбора современных средств и методов контрацепции. Обследование и госпитализация для искусственного прерывания беременности (аборта) производится в соответствии с приказом № 626.

64. Оказание акушерско-гинекологической помощи сельскому населению на амбулаторном уровне оказывается в районных поликлиниках, в акушерско-гинекологических кабинетах врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских и медицинских пунктах.

65. Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов, а также занятому отгонным животноводством, акушерско-гинекологическая помощь оказывается врачом акушер-гинекологом в составе выездных медицинских бригад.

66. Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады проводит:

1) профилактический осмотр женщин;

2) осмотр, обследование беременных и гинекологических больных;

3) при необходимости - оказание экстренной медицинской помощи;

4) обучение женщин методам и средствам контрацепции;

5) информационно-разъяснительную работу с населением в целях пропаганды здорового образа жизни, планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья.

67. Выездные бригады оснащаются необходимым для работы на месте инвентарем, медицинским оборудованием, набором инструментов, медикаментами для оказания экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям, проведения профилактических осмотров и приема больных.

68. Женщины с благополучным акушерско-гинекологическим анамнезом, нормальным течением беременности в сельской местности в период между выездами бригады наблюдаются у акушера, фельдшера или медицинской сестры (брата) фельдшерско-акушерского пункта, медицинского пункта. На уровне врачебной амбулатории, центра первичной медико-санитарной помощи наблюдение беременной осуществляет врач общей практики (далее ВОП) или участковый терапевт.

69. Для беременных с факторами риска, проживающих в сельской местности, намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения на соответствующем уровне согласно принципам регионализации перинатальной помощи, с указанием сроков госпитализации.

70. Врачебно-консультативная комиссия районной больницы выдает заключения о переводе беременной на более легкую работу или о предоставлении листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам.

71. Организационно-методическую помощь акушерско-гинекологической службе района осуществляет организация, оказывающая акушерско-гинекологическую помощи областного уровня.

72. Акушерско-гинекологическая помощь детям осуществляется врачом акушер-гинекологом и включает:

оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи детям с гинекологическими заболеваниями и нарушениями становления репродуктивной системы от периода новорожденности до 18 лет, нарушений становления менструальной функции и полового созревания;

наблюдение за правильным развитием репродуктивной системы девочек;

организация и проведение диспансеризации детей с гинекологическими заболеваниями;

организация и проведение углубленных исследований с гинекологических больных с помощью лабораторно-диагностических методов при наличии медицинских показаний;

направление на стационарное лечение больных с гинекологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний;

мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости от гинекологических заболеваний в районе обслуживания с последующей разработкой мероприятий по укреплению здоровья детского населения;

организация и оказание стационарозамещающей и реабилитационной помощи пациентам, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении, по медицинским показаниям;

проведение совместно с центрами формирования здорового образа жизни мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, консультированию детей, подростков и их родителей по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планированию семьи, профилактике ранней половой жизни и нежелательной беременности, информированию о методах контрацепции.

73. Медицинскими показаниями для направления на консультацию девочек к врачу акушер-гинекологу являются:

1) боли в животе;

2)изменение формы живота;

3)появление признаков полового созревания до 8 лет;

4) отсутствие вторичных половых признаков до 13 лет;

5)наличие выделений из половых путей;

6) нарушение менструального цикла;

7) отклонения в строении наружных половых органов;

8) резкая прибавка массы тела или потеря в период полового созревания;

9) болезненные ощущения в животе после перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

74. Медицинский осмотр девочек врачом акушер-гинекологом включает: объективный осмотр; оценку развития вторичных половых признаков; по показаниям наружное ультразвуковое исследование; по показаниям двуручное ректо-абдоминальное исследование при наличии информированного письменного согласия родителей и (или) законных представителей несовершеннолетнего (опекунов).

75. Участковые терапевты и ВОП организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь осуществляют:

1) ежегодное обследование ЖФВ для своевременного выявления экстрагенитальной патологии и взятия на диспансерный учет;

2) динамическое наблюдение ЖФВ с наличием хронических экстрагенитальных заболеваний в соответствии с Правилами динамического наблюдения, утвержденными

приказом Министра здравоохранения от 30 марта 2019 года ҚР ДСМ-16 "Об утверждении Правил динамического наблюдения больных с хроническими заболеваниями (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 18474);

3) консультирование, в том числе информационную работу по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи;

4) организацию охвата контрацепцией групп ЖФВ с хроническими экстрагенитальными заболеваниями;

5) проведение предгравидарной подготовки при планировании беременности;

6) своевременное выявление беременности и обеспечение взятия на диспансерный учет;

7) проведение обязательных осмотров беременных в сроках 12 недель (или при первой явке) и в 30-32 недели беременности, а также в другие сроки по показаниям;

8) проведение сбора анамнеза и выявление острых и хронических экстагенитальных заболеваний;

9) назначение и контроль результатов флюорографии до беременности и после родов;

10) ведение беременных женщин с физиологическим (неосложненным) течением беременности. В случае отсутствия врача акушер-гинеколога ведение беременности с патологическим (осложненным течением);

11) консультирование беременных женщин и кормящих грудью матерей по вопросам преимущества исключительно грудного вскармливания (с рождения до 6 месяцев) и продолжительного грудного вскармливания до достижения ребенком возраста не менее двух лет;

12) проведение обязательных осмотров родильниц на 10-е и 30-е сутки после родов, а также в другие сроки по показаниям;

13) проведение патронажных посещений женщин на дому в период беременности и после родов по показаниям;

14) проведение реабилитационных мероприятий женщинам с осложненными родами, самопроизвольным прерыванием беременности; после гинекологических оперативных вмешательств;

15) осуществление преемственности с акушерско-гинекологической, педиатрической и профильными службами;

16) профилактические медицинские осмотры целевых групп женского населения в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 "Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 5918);

17) проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения по профилактике заболеваний и укреплению репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни.

Сноска. Пункт 75 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

76. Врач по специальности "Педиатрия (неонатология)" организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляют:

1) выявление детей с острыми и хроническими, в том числе гинекологическими заболеваниями;

2) информирование подростков по вопросам профилактики ранней половой жизни, охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи и контрацепции;

3) своевременное выявление беременности у подростков и обеспечение комиссионного осмотра врачами акушер-гинекологами и психологами при согласии родителей и (или) законных представителей несовершеннолетних (опекунов) для решения дальнейшего ведения;

4) консультирование и обучение беременных и матерей по вопросам грудного вскармливания и методу лактационной аменореи, информирование женщин в послеродовом периоде по вопросам планирования семьи и контрацепции;

5) осуществление дородового и послеродового наблюдения.

Сноска. Пункт 76 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

77. Врач по специальности "Медицинская генетика" обеспечивает:

1) консультирование по вопросам прогноза здорового потомства, рождения ребенка с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями;

2) предоставление рекомендаций по предгравидарной подготовке, пренатальному скринингу, инвазивной пренатальной диагностике. По медицинским показаниям и при наличии информированного согласия беременной, применяются инвазивные методы пренатальной диагностики;

3) определение у беременной группы риска по развитию нарушения плода по результатам обследования;

4) проведение пренатального консилиума совместно с профильными специалистами для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения в соответствии с Правилами организации

скрининга, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 августа 2017 года № 669 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15856).

78. При нежелании женщины сохранить беременность и при наличии медицинских и социальных противопоказаний для сохранения беременности врачи вышеуказанных специальностей направляют беременную женщину на консультацию к врачу акушеру-гинекологу для проведения искусственного прерывания беременности.

79. Врачи по специальности "Урология и андрология (ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности, эндоскопия по профилю основной специальности) (взрослая, детская)" на амбулаторно-поликлиническом уровне обеспечивают консультирование женщин по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем (далее – ИППП), оценку состояния здоровья, оздоровление и лечение пациентов с урологической патологий всех возрастов, в том числе беременных женщин.

80. Врачи центров по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита обеспечивают информирование и консультирование пациентов по вопросам планирования семьи и предупреждения передачи ИППП, в том числе от матери к плоду, контроль и динамическое наблюдение за методом контрацепции.

81. Для определения вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) беременная проходит обследование двукратно в течение беременности на ВИЧ с оформлением информированного согласия пациентки с фиксированием данных в форме № 270/у, утвержденной Приказом № 907.

82. Врачи консультативно-диагностических отделений (кабинетов) обеспечивают информирование и консультирование по вопросам планирования семьи, а также проводят оценку основного заболевания, контроль и динамическое наблюдение за методом контрацепции.

83. Психологи и социальные работники организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, проводят информационные работы с населением по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи, профилактике ранней половой жизни у подростков и нежелательной беременности, контрацепции, консультирование беременных и родильниц.

Сноска. Пункт 83 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Глава 4. Организация оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне

84. Стационарная медицинская помощь женщинам с заболеваниями репродуктивных органов, во время беременности, в родах, в послеродовом периоде и новорожденным в соответствии с Правилами оказания стационарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12204) (далее – Приказ № 761).".

Сноска. Пункт 84 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

85. Плановая госпитализация беременных, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в стационар осуществляется по показаниям по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения через портал Бюро госпитализации с определением даты госпитализации врачом стационара.

Направление беременных и рожениц на родоразрешение регистрируется в Листе ожидания портала Бюро госпитализации со срока 37 недель с учетом уровня регионализации перинатальной помощи. По данному направлению осуществляется госпитализация женщин на родоразрешение с началом родовой деятельности и/или излитием околоплодных вод в стационар (перинатальный центр, многопрофильная больница с родильным отделением). Окончательная дата госпитализации определяется в день поступления в стационар, с регистрацией факта госпитализации в Журнале учета госпитализации и отказов от госпитализации портала Бюро госпитализации. Направление беременных на плановую госпитализацию формируется в информационной системе с момента взятия на учет. По данному направлению осуществляется госпитализация женщин с осложнениями в течение беременности и окончательная дата госпитализации определяется в день поступления в стационар.

Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациенткой либо ее законным представителем, а также медицинским работником.

Сноска. Пункт 85 в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

86. В медицинских организациях стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, осуществляются:

1) оказание стационарной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

2) составление плана ведения беременности, родов и послеродового периода с учетом индивидуального подхода;

3) ведение беременности, родов и послеродового периода в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, а также с планом ведения;

4) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;

5) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;

6) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телекоммуникационных систем;

7) преемственность и обмен информацией с медицинскими организациями первичной медико-санитарной помощи, с другими медицинскими организациями стационарного уровня, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь региона; с республиканскими организациями здравоохранения;

8) проведение сбора и анализа статистических данных основных показателей акушерско-гинекологической и неонатологической служб;

9) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки временной нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным;

10) организация выездных форм акушерско-гинекологической и неонатологической помощи женщинам и новорожденным;

11) использование в своей деятельности современных и эффективных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения по рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

12) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии матерям и новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;

13) осуществление медико-психологической помощи женщинам;

14) организация методической работы, повышение профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, проведение конференций/совещаний по актуальным вопросам акушерства, гинекологии и перинатологии, а также проведение мастер-классов;

15) обеспечение реализации программ общественного здравоохранения для населения по вопросам перинатальной помощи, репродуктивного здоровья, безопасного материнства и грудного вскармливания.

87. Госпитализация беременных женщин со сроком гестации до 36 недель, родильниц и женщин в постабортном периоде с доминирующей экстрагенитальной патологией при отсутствии или незначительной выраженности акушерских и гинекологических осложнений осуществляется в профильные специализированные

медицинские организации или отделения многопрофильных больниц по показаниям в соответствии с клиническими протоколами, при их отсутствии – по решению консилиума врачей.

88. Женщины с постабортными и послеродовыми осложнениями госпитализируются в гинекологические отделения/койки многопрофильных больниц.

89. При поступлении в многопрофильный стационар беременных женщин до 36 недель беременности, страдающих хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, лечащий врач совместно с заведующим отделения и врачом акушером-гинекологом проводит осмотр для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.

90. При экстрагенитальных заболеваниях, являющихся противопоказаниями к вынашиванию беременности, принимается комиссионное решение о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности с учетом риска для жизни матери и плода .

91. При тяжелых заболеваниях и осложнениях, угрожающих жизни беременной и родильницы принимается комиссионное решение о переводе пациентки в профильные МО республиканского уровня (при отсутствии противопоказаний для транспортировки).

92. Стационарная помощь женщинам вне и во время беременности, женщинам с заболеваниями репродуктивных органов оказывается в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения.

93. В гинекологическое отделение по показаниям госпитализируют больных для консервативного и оперативного лечения.

94. При установлении диагноза бесплодия, не поддающегося терапии, по желанию супружеской пары или женщины, не состоящей в браке, применяются вспомогательные репродуктивные технологии в соответствии с Правилами проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 627 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5919).

95. Оказание медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в организациях здравоохранения осуществляется в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее – ОАРИТ) с привлечением профильных специалистов.

При оказании медицинской помощи роженицам, находящимся в родильных блоках и палатах интенсивной терапии организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, и требующих интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, обеспечить соотношение средних

медицинских работников (акушерок, операционных медицинских сестер) к количеству рожениц в родильном блоке из расчета 1 средний медицинский работник (акушерка, операционная медицинская сестра) на 2 роженицы.

Сноска. Пункт 95 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

96. Госпитализация беременных осуществляется в зависимости от показаний для госпитализации беременных в медицинские организации стационарного уровня, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, по уровням регионализации перинатальной помощи согласно приложению 1 к настоящему Стандарту.

97. МО первого уровня предназначены для оказания медицинской помощи беременным и роженицам с неосложненным течением беременности и родов.

98. В структуре МО первого уровня регионализации перинатальной помощи организуются: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также клинико-диагностическая лаборатория.

99. Организации второго уровня предназначены для женщин при неосложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 34 недель и более, а также для беременных, рожениц и родильниц, имеющих умеренные риски реализации перинатальной патологии и показания согласно Приложению 1 к настоящему Стандарту.

100. В структуре МО второго уровня регионализации перинатальной помощи организуются: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а также клинико-диагностическая лаборатория.

101. МО третьего уровня предназначены для госпитализации женщин при осложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 22 до 33 недель, а также беременных, рожениц и родильниц, имеющих высокие риски реализации перинатальной патологии и показания согласно Приложению 1 к настоящему Стандарту. Третий уровень оказывает все виды медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня.

В случае заблаговременной госпитализации беременной женщины группы высокого риска по реализации перинатальной патологии для родоразрешения в МО третьего уровня регионализации, дородовое наблюдение и оказание медицинской помощи проводится в рамках законченного стационарного случая в отделении патологии беременности.

С началом родовой деятельности факт перевода из отделения патологии беременности в родильное отделение фиксируется в медицинской карте стационарного больного и оформляется история родов в соответствии с Приказом № 907.

Сноска. Пункт 101 в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 17.06.2020 № ҚР ДСМ-67/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

102. В структуре МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи организуются: отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение совместного пребывания с матерью, отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, а также клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории.

103. В случае поступления беременных и родильниц не по профилю медицинской организации с возникшими неотложными состояниями, после стабилизации их состояния осуществляется транспортировка в специализированный, многопрофильный стационар или в другие медицинские организации стационарного уровня, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, более высокого уровня без согласования (с предварительным уведомлением принимающей организации).

104. При нетранспортабельном состоянии беременных, рожениц, родильниц осуществляется вызов квалифицированных специалистов "на себя", оказание комплекса первичной реанимационной помощи при возникновении неотложных состояний, диагностика угрожающих состояний у матери и плода, решение вопроса о родоразрешении, проведение интенсивной и поддерживающей терапии до перевода на более высокий уровень.

105. При отсутствии на территории региона МО нижестоящего уровня регионализации перинатальной помощи госпитализация беременных, родильниц, рожениц и новорожденных осуществляется в МО вышестоящего уровня регионализации перинатальной помощи, а также с учетом свободного выбора беременной, родильницы, роженицы.

106. Оснащение отделений родовспоможения и детства медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, осуществляется в соответствии с перечнем медицинского оборудования и изделий медицинского назначения в зависимости от уровня регионализации перинатальной помощи согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027 "Об утверждении Стандарта организации педиатрической помощи в Республике Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 16279).

107. Решение об определении уровня регионализации МО принимают местные исполнительные органы в области здравоохранения с учетом кадрового потенциала, оснащенности, доступности, транспортной инфраструктуры.

108. Беременные, родильницы и новорожденные, гинекологические больные, нуждающиеся в оказании высокотехнологических медицинских услуг, направляются в соответствующие медицинские организации.

109. Всем родильницам в послеродовом периоде до выписки из медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, проводится флюорографическое обследование органов грудной клетки.

110. В день выписки родильниц из стационара проводится осмотр, оценка состояния, консультация о профилактике осложнений и тревожных признаках, в организацию ПМСП передается выписка из истории родов и сведения о родильнице для активного посещения по фактическому месту проживания в виде телефонного или письменного извещения.

111. Организации здравоохранения осуществляют оповещение МО более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местные органы государственного управления здравоохранением при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния в соответствии с Перечнем критических состояний беременных, рожениц и родильниц, подлежащих оповещению согласно приложения 2 настоящего Стандарта.

112. В случае возникновения критических ситуаций у женщин следует соблюдать следующую схему оповещения:

1) в стационаре лечащий врач, заведующий отделением, ответственный дежурный врач:

вызывает врача отделения реанимации и интенсивной терапии (если имеется), который должен прибыть на место в течение 30 минут;

в течение 10 минут сообщает заместителю главного врача по лечебной работе о находящемся пациенте в критическом состоянии;

оказывает объем медицинской помощи в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

своевременно заполняет и направляет в республиканские центры, курирующие вопросы родовспоможения и детства Карту беременной (роженицы, родильницы), находящейся в критическом состоянии согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

2) заместитель главного врача:

незамедлительно сообщает о создавшейся ситуации главному врачу; создает консилиум в течение 20-30 минут;

в течение 30 минут оповещает местные органы управления здравоохранения; при необходимости вызывает мобильную бригаду санитарной авиации (далее - МБСА);

обеспечивает необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, компонентами крови для обеспечения лечения критического состояния пациентов;

3) местные органы управления здравоохранением областей и гг. Алматы и Астана:

составляют региональную персонифицированную (с указанием всех участников) схему оповещения при критических состояниях женщин;

своевременно оповещают о критических случаях республиканские центры, курирующие вопросы родовспоможения и детства;

осуществляют мониторинг критического случая каждые 3 часа до стабилизации состояния пациента;

обеспечивают медицинские организации лекарственными средствами, компонентами крови и медицинским оборудованием первой необходимости;

обеспечивают своевременное проведение телемедицинских консультаций;

координируют транспортировку женщин и новорожденных в специализированном транспорте;

обеспечивают полную готовность санитарного транспорта к оказанию неотложной помощи при транспортировке тяжелых больных, оснащение их в соответствие с регионализацией перинатальной помощи;

координируют и обеспечивают в круглосуточном режиме деятельность областной санитарной авиации;

предоставляют информацию об основных проблемах региона на региональный штаб по снижению материнской и младенческой смертности.

4) медицинские организации республиканского уровня обеспечивают:

проведение телемедицинских консультаций и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации в течение первых суток после поступления вызова;

беспрепятственную госпитализацию женщин (беременных, рожениц, родильниц), переведенных из организаций более низкого уровня и нуждающихся в оказании специализированной помощи на республиканском уровне;

высокоспециализированную медицинскую помощь;

готовность стационара к госпитализации больных в критическом состоянии;

5) республиканские центры курирующие вопросы родовспоможения и детства:

осуществляют ежедневный мониторинг критических случаев беременных, рожениц, родильниц и новорожденных;

в оперативном порядке осуществляют регистрацию, поступивших карт учета критических состояний;

ежедневно направляют сведения о критических состояниях в Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Республиканский центр электронного здравоохранения;

представляют анализ ситуации по регионам ежемесячно к 5 числу следующим за отчетным в Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

113. Транспортировка беременных, родильниц, рожениц в критическом состоянии на третий уровень перинатальной помощи, в областные и республиканские организации здравоохранения осуществляется по решению консилиума врачей с участием специалистов МБСА после восстановления гемодинамики и стабилизации жизненно важных функций с уведомлением принимающей медицинской организации.

114. Перед переводом врач информирует законных представителей и (или) родственников пациента о причинах перевода и об адресе принимающей организации с записью в медицинской документации и подписью информированной стороны при возможности.

115. Основанием для оказания медицинской помощи беременным, родильницам, роженицам в форме санитарной авиации с использованием воздушных судов (вертолет, самолет) является наличие показаний для лечения в медицинских организациях областного и республиканского уровня по профилю (без согласования с предварительным уведомлением принимающей медицинской организации).

116. Беременные, роженицы, родильницы перевозятся в сопровождении бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП) в специализированном наземном или воздушном транспорте в сопровождении МБСА с привлечением квалифицированных специалистов.

117. В случаях определения специалистами СМП или МБСА невозможности транспортировки в связи с тяжестью состояния пациентки в медицинскую организацию более высокого уровня, медицинская помощь оказывается по месту нахождения пациентки с привлечением квалифицированных специалистов из МО 3 уровня и (или) республиканского уровня.

118. Медицинская документация (обменная карта беременной, выписка из истории болезни или родов направляющей медицинской организации) своевременно подготавливается специалистами направляющей медицинской организации и отправляется вместе с пациентом.

119. Бригада СМП или МБСА по пути следования (транспортировки) оказывает медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения. Пациент, транспортированный СМП или МБСА, осматривается врачом (консилиумом) принимающей организации незамедлительно.

121. Бригада СМП или МБСА обеспечивается Минимальным перечнем оснащения для транспортировки беременных, рожениц и родильниц в соответствии с приложением 4 к настоящему Стандарту.

122. Специалисты СМП или МБСА обеспечивают ведение медицинской документации, отражающей мониторинг состояния во время транспортировки женщины, в том числе Протокола транспортировки беременной, роженицы и

родильницы согласно приложению 5 к настоящему Стандарту и предоставляют его в медицинскую организацию при госпитализации и в региональный филиал санитарной авиации.

Глава 5. Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в критических состояниях в Республиканском центре критического акушерства

Сноска. Стандарт дополнен главой 5 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 04.07.2019 № ҚР ДСМ-102 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

123. При выявлении критических состояний у беременных, рожениц и родильниц в медицинских организациях 1, 2, 3 уровней регионализации перинатальной помощи направляется выписка из медицинской карты пациентки, нуждающейся в медицинской помощи в форме санитарной авиации по показаниям.

124. Санитарная авиация осуществляет организацию телемедицинских консультаций и выездов квалифицированных специалистов в регионы для коррекции тактики ведения, лечения, а также решения вопроса о переводе в республиканский центр с определением показаний и условий для транспортировки.

125. Транспортировка по линии санитарной авиации осуществляется на более высокий уровень регионализации перинатальной помощи, в профильные республиканские центры и, по показаниям, в Республиканский центр критического акушерства по согласованию.

126. Республиканский центр критического акушерства осуществляет:

1) оказание специализированной и высокотехнологичных медицинских услуг женщинам в критическом состоянии после родов/абортов;

2) оказание стационарной медицинской помощи в соответствии с правилами оказания стационарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015года №761 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов №12204);

3) оказание диагностической, лечебно-профилактической помощи родильницам с учетом индивидуального подхода;

4) проведение реабилитационных мероприятий по нозологиям;

5) осуществление медико-психологической помощи родильницам в период и после критического состояния;

6) преемственность и обмен информацией с медицинскими организациями первичной медико-санитарной помощи, с другими медицинскими организациями,

оказывающими стационарную помощь, республиканскими организациями здравоохранения;

7) ведение учетной и отчетной медицинской документации согласно приказам Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697), от 6 марта 2013 года № 128 "Об утверждении форм, предназначенных для сбора административных данных субъектов здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 8421).

8) предоставление информации ежемесячно;

9) использование в своей деятельности современных и эффективных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на сохранение и восстановление здоровья женщин, снижение материнской смертности;

10) организацию повышения профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам интенсивной терапии и ухода за тяжелыми больными, проведение конференций/совещаний, мастер-классов;

11) соблюдение Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения", утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15760).

Приложение 1
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан

Показания для госпитализации беременных в медицинские организации стационарного уровня, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь, по уровням регионализации перинатальной помощи

1 уровень	2 уровень	3 уровень
	с 34 недель беременности: ложные схватки; преждевременные роды в сроки 34-36 недель; преждевременный разрыв плодных оболочек; гестационная гипертензия умеренной степени хроническая артериальная гипертензия умеренной степени; преэклампсия легкой степени; тяжелая анемия; гестационный сахарный диабет	с 22 недель беременности: ложные схватки; преждевременные роды в сроках 22-33 недель; преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек; гестационная гипертензия тяжелой степени хроническая артериальная гипертензия тяжелой степени; преэклампсия тяжелой степени; эклампсия; гестационный сахарный диабет

с 37 недель беременности: ложные схватки, срочные роды; преждевременный разрыв плодных оболочек; гестационная гипертензия легкая; хроническая артериальная гипертензия легкая; умеренная анемия; тазовое предлежание плода; одна операция кесарево сечение/миомэктомия в анамнезе без патологии и осложнений	компенсированный тазовое предлежание плода; экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии и субкомпенсации; один или две операции кесарево сечение в анамнезе в сочетании и (или) без сопутствующей патологии и осложнений; резус-иммунизация без признаков гемолитической болезни плода; антенатальная гибель плода; переношенная беременность; беременность индуцированная ЭКО (одноплодная); многоплодная беременность при удовлетворительном внутриутробном состоянии плодов; маловодие, многоводие при удовлетворительном состоянии плода; аномалии развития органов малого таза, деформация костей таза; некурабельные врожденные пороки развития плода, в том числе множественные, хромосомные заболевания у плода; врожденные пороки развития плода, не требующие хирургического лечения сразу после рождения.	декомпенсированный; тяжелые декомпенсированные экстрагенитальные заболевания; три и более операций кесарева сечения в анамнезе; доброкачественные новообразования матки и придатков больших размеров или множественные; резус-иммунизация с признаками гемолитической болезни плода; предлежание плаценты; беременность индуцированная ЭКО (многоплодная); многоплодная беременность с нарушением внутриутробного состояния плода/плодов; многорожавшие; маловодие, многоводие с нарушением состояния плода; задержка внутриутробного развития плода; резус изоиммунизация; врожденные пороки развития плода, требующие оперативного вмешательства и интенсивной терапии сразу после рождения; врожденные пороки развития плода, требующие хирургического лечения сразу после рождения.

Приложение 2
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи

Перечень критических состояний беременных, рожениц и родильниц, подлежащих оповещению

1. Критические состояния — это угрожающие жизни состояния женщин, в том числе беременных, рожениц или родильниц в течение 42 дней после родов/абортов.

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 04.07.2019 № ҚР ДСМ-102 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. К критическим состояниям относятся:

1) тяжелая преэклампсия с органной дисфункцией;

2) эклампсия;

3) тяжелое послеродовое кровотечение: (с кровопотерей 1500 мл и более, с гемотрансфузией и (или) с гистерэктомией);

4) разрыв матки;

5) тяжелые осложнения аборта (маточное кровотечение или инфекция, ведущая к гистерэктомии);

6) сепсис (синдром системного воспалительного ответа при наличии и(или) подозрении на очаг);

7) тяжелая послеродовая депрессия;

8) декомпенсированные состояния.

3. К органным дисфункциям относятся:

1) дисфункция сердечно-сосудистой системы: шок, остановка сердца (отсутствие пульса/сердцебиения и потеря сознания), непрерывное введение вазоактивных лекарственных препаратов, сердечно-легочная реанимация, тяжелая гипоперфузия (лактат более 5 ммоль/л или более 45 мг/дл), тяжелый ацидоз (pH <7,1);

2) респираторная дисфункция: острый цианоз, агональное дыхание, тяжелое тахипноэ (частота дыхательных движений >40 дыхательных движений в минуту), тяжелое брадипноэ (частота дыхательных движений <6 дыхательных движений в минуту), интубация и вентиляция легких, не связанная с анестезией, тяжелая гипоксемия (насыщение крови кислородом<90% за ≥60 минут или PAO2/FiO2 <200);

3) дисфункция почек: олигурия, не отвечающая на прием жидкостей или диуретиков, диализ при острой почечной недостаточности, тяжелая острая азотемия (креатинин ≥300 mmоль/мл или ≥3,5 мг/дл);

4) нарушения свертываемости крови/гематологические нарушения: замедленное образование сгустков крови, переливание больших объемов крови или эритроцитов (≥5 единиц), тяжелая острая тромбоцитопения (<50 000 тромбоцитов/мл);

5) дисфункция печени: желтуха на фоне преэклампсии, тяжелая острая гипербилирубинемия (билирубин >100 mmоль/л или >6,0 мг/дл);

6) неврологические нарушения: длительный период без сознания (длительность ≥12 часов) /кома (в том числе, метаболическая кома), апоплексический инсульт, непроизвольные судорожные припадки и(или)эпилептическое состояние, общий паралич.

Приложение 3
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи

Карта беременной (роженицы, родильницы), находящейся в критическом состоянии

№	Наименования	Данные пациентки
1.	Наименование медицинской организации	
2.	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (далее – Ф.И.О.) пациентки	
3.	Возраст	

4.	Место жительства	
5.	Индивидуальный идентификационный номер (если имеется)	
6.	Паритет беременности (родов)	
7.	Срок беременности (сутки) послеродового периода	
8.	Дата и время госпитализации	
9.	Как доставлена, откуда переведена	
10.	Состояние при поступлении	
11.	Диагноз клинический	
12.	Диагноз заключительный	
13.	Проблемы в установлении диагноза (если имеются)	
14.	Лечение	
15.	Дальнейшая тактика	
16.	Проблемы в оказании лечебных мероприятий (если имеются)	
17.	Метод и дата родоразрешения	
18.	Дата заполнения карты	
19.	Кем заполнена карта (Ф.И.О.), должность, контактный телефон	

Приложение 4
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан

Минимальный перечень оснащения и изделий медицинского назначения для транспортировки беременных, рожениц и родильниц

1) рефлексный молоточек;
2) транспортный аппарат искусственной вентиляции легких;
3) портативный кардиомонитор;
4) кислородный баллон;
5) инфузионный шприцевой насос (перфузор и (или) дозатор);
6) электрический отсос;
7) ручной аппарат для искусственной вентиляции легких (мешок Амбу);
8) реанимационные наборы: ларингоскоп, интубационные трубки, батарейки для ларингоскопа, воздуховоды;
9) аспирационные катетеры: СН № 14, № 16, № 18;
10) набор для приема родов;
11) наборы (укладки) для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии и анафилактическом шоке

Приложение 5
к Стандарту организации оказания

акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан
Форма

Протокол транспортировки беременной, роженицы и родильницы

Направляющая медицинская организация: _____
Дата и время начала транспортировки: _____
Диагноз: _____
_____
_____
_____
Состояние на момент выезда: _____
_____
_____
Состояние центральной нервной системы: _____
Кожные покровы: _____
Частота дыхательных движений (далее - ЧДД): _____
Частота сердечных сокращений (далее - ЧСС): _____
Артериальное давление (далее - АД): _____
Ведущие патологические синдромы: _____
_____
Риск транспортировки: _____
Мероприятия во время транспортировки: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Принимающая медицинская организация: _____
Динамика состояния на момент прибытия: _____
_____
ЧДД: _____ ЧСС: _____ АД: _____
Дата и время прибытия: _____
Врач, транспортирующий пациентку: _____/ _____ /
Врач, принявший пациентку _____/ _____ /

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан