

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 26 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-92. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 28 августа
2021 года № 24131Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

Об утверждении стандарта организации оказания акушерско- гинекологической помощи в Республике Казахстан

В соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый стандарт организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан согласно приложению 1 к настоящему приказу.
2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.
3. Департаменту охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:
 - 1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;
 - 2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;
 - 3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»

QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

**Министр здравоохранения
Республики Казахстан**

А. Цой

Приложение 1 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 26 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-92

**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 32) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) и устанавливает общие требования к порядку организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан.

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) фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС) – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объёмах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан;

3) универсально - прогрессивная модель – это модель патронажного наблюдения на дому беременных, новорождённых и детей раннего возраста, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности;

4) активное посещение – посещение больного на дому врачом и(или) средним медицинским работником по инициативе врача, а также после передачи

сведений в организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) из медицинских организаций (далее – МО), оказывающих стационарную помощь о выписанных больных, из организаций скорой помощи после обслуживания вызова к пациентам, нуждающимся в активном осмотре медицинским работником;

5) родоразрешение – естественное или искусственное (инструментальное, ручным способом, медикаментозное) завершение родового акта;

6) анализ материнских сывороточных маркеров первого триместра – исследование крови матери для выявления у плода риска развития хромосомной патологии – синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау, синдрома Тернера;

7) комбинированный тест первого триместра – расчет индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода, основанный на измерении ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и определения материнских сывороточных маркеров (далее – МСМ) первого триместра;

8) сертификат специалиста в области здравоохранения – документ установленного образца, подтверждающий квалификацию физического лица и его готовность к профессиональной деятельности в области здравоохранения, включая готовность к клинической или фармацевтической практике, или деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

9) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств и медицинских изделий, качества оказания медицинских услуг (помощи);

10) технология здравоохранения – применение знаний и навыков, которые используются для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи, включая вакцины, лекарственные препараты и медицинские изделия, процедуры, манипуляции, операции, скрининговые, профилактические программы, в том числе информационные системы;

11) динамическое наблюдение – систематическое наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также оказание необходимой медицинской помощи по результатам данного наблюдения;

12) лечение – комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования;

13) лечащий врач - врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации;

14) искусственное прерывание беременности – прерывание беременности до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных или хирургических методов, проводимое медицинскими работниками, имеющими высшее медицинское образование соответствующего профиля;

15) инвазивная пренатальная диагностика (далее – ИПД) – методы диагностики хромосомной и моногенной патологии у плода, осуществляемые путем внутриматочного прокола с забором материала плодового происхождения для цитогенетического, молекулярно-цитогенетического или молекулярно-генетического анализа;

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

17) клинический протокол – научно доказанные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению, медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи при определённом заболевании или состоянии пациента;

18) консилиум – исследование лица в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания с участием не менее трёх врачей;

19) контрацепция – методы и средства предупреждения нежелательной беременности;

20) медицинская помощь – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и восстановление здоровья населения, включая лекарственное обеспечение;

21) мультидисциплинарная группа – группа различных специалистов, формируемая в зависимости от характера нарушения функций и структур организма пациента, тяжести его клинического состояния;

22) патронаж – проведение медицинскими работниками профилактических и информационных мероприятий на дому (патронаж к новорожденному, патронаж к беременной, родильнице, диспансерному больному), патронажное наблюдение состоит из двух родовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности);

23) пренатальный консилиум – консультация беременной женщины профильными специалистами для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода, прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения;

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

25) пренатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода с последующим уточнением генетического диагноза;

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

27) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – объем медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджетных средств;

28) 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);

29) живорождение и мертворождение плода – состояния новорожденного ребенка (плода), определяемые по соответствующим международным критериям Всемирной организации здравоохранения живорождения и мертворождения плода.

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

3. Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и женщинам вне беременности во всех возрастных группах в организациях здравоохранения предоставляется в рамках ГОБМП и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании».

4. Лекарственное обеспечение беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных в организациях здравоохранения осуществляется в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на основании лекарственных формуляров организаций здравоохранения в соответствии с перечнем лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями), утвержденным в соответствии с подпунктом 47) статьи 7 Кодекса.

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

1) оказание доврачебной, специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг женщинам вне беременности, в период беременности, родов и послеродовом периоде и девочкам детского и подросткового возраста;

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 условиях:

1) в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе в приемных отделениях круглосуточных стационаров;

2) в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии и хирургии «одного дня», предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения;

3) в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места;

4) на дому: при вызове медицинского работника, мобильной бригады, активном патронаже медицинскими работниками, организации лечения на дому (стационар на дому);

5) в санаторно-курортных организациях;

б) вне медицинской организации: по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, на санитарном автотранспорте и медицинской авиации при транспортировке, а также в медицинских поездах, передвижных (полевых) медицинских комплексах, полевых госпиталях, трассовых медико-спасательных пунктах и при оказании дистанционных медицинских услуг.

7. Акушерско-гинекологическая помощь осуществляется в медицинских организациях врачами акушер-гинекологами, терапевтами, врачами общей практики, семейными врачами, а также средними медицинскими работниками: сестра медицинская или брат медицинский общей практики, фельдшер, акушер (-ка), сестра (брат) медицинская) (-ий) участковая (-ый) и (или) сестра (брат) медицинская (-ий) общей практики в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций

в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21856).

Порядок проведения сертификации специалиста регламентирован приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-274/2020 «Об утверждении правил проведения сертификации специалиста в области здравоохранения, подтверждения действия сертификата специалиста в области здравоохранения, включая иностранных специалистов, а также условия допуска к сертификации специалиста в области здравоохранения лица, получившего медицинское образование за пределами Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21818).

8. Оказание акушерско-гинекологической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным всех возрастов осуществляется субъектами здравоохранения в соответствии с пунктом 3 статьи 115 Кодекса.

9. Оказание неотложной медицинской помощи при кровотечениях в ранние (до 22 недель беременности) и поздние (после 22 недель) сроки беременности, тяжелой преэклампсии, эклампсии, послеродовых кровотечениях и при септических состояниях, сепсисе беременным, роженицам, родильницам в организациях здравоохранения обеспечивается в соответствии с перечнем лекарственных средств и медицинских изделий для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии и анафилактическом шоке согласно приложению 1 к настоящему Стандарту.

10. При оказании неотложной медицинской помощи при кровотечениях в ранние и поздние сроки беременности, послеродовых кровотечениях, преэклампсии, эклампсии, септических состояниях, сепсисе осуществляется заполнение оценочных листов согласно приложению 2 к настоящему Стандарту.

11. При обнаружении фактов насилия и телесных повреждений осуществляется оказание медицинской помощи и проведение медицинской реабилитации в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116/2020 «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации» (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21381), извещение органов внутренних дел о фактах обращения потерпевших и оказания им медицинской помощи в соответствии со статьей 13 Закона Республики Казахстан «О профилактике бытового насилия».

12. При выявлении беременности у несовершеннолетней осуществляется:

1) оповещение родителей или иных законных представителей в течение трех часов после выявления беременности у несовершеннолетней;

2) оказание психологической поддержки и консультирование несовершеннолетней беременной, а также ее родителей или иных законных представителей;

3) оповещение органов внутренних дел о факте беременности у несовершеннолетней в течение трех часов после выявления;

4) предоставление психологической, юридической помощи несовершеннолетней, а также ее родителям или иным законным представителям.

13. Медицинские организации обеспечивают ведение медицинской документации в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учётной документации в области здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) (далее – приказ № ҚР ДСМ-175/2020).

Глава 3. Порядок организации оказания акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях

14. Оказание акушерско-гинекологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в медицинских организациях независимо от форм собственности.

15. Врач акушер-гинеколог МО 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.

16. При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании ее сохранить, в соответствии с подпунктом 3) пункта 3 статьи 81 Кодекса, врач акушер-гинеколог после получения информированного согласия беременной женщины или ее законного представителя:

1) тщательно собирает анамнез, выясняет наличие у беременной и родственников социально-значимых заболеваний в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № КР ДСМ -108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21263) и соматических заболеваний, многоплодной беременности, рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями;

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

3) собирает эпидемиологический анамнез;

4) при сборе анамнеза выявляет беременных с факторами «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 врожденными пороками развития (далее – ВПР) или хромосомной патологией,

наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием,

наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации,

наличие в анамнезе случаев мертворождения, привычного невынашивания, смерти одного и более ребенка с неясным и не установленным диагнозом, сцепленным с полом;

5) изучает особенности репродуктивной функции;

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

7) изучает характер производства, где работают супруги (партнеры);

8) уточняет наличие вредных привычек, такие как: потребление табачных изделий, психоактивных веществ (алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, другие одурманивающие вещества) или наличие пассивного курения;

9) проводит антропометрию: измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела, проводит общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез, осмотр ног с целью выявления варикозного расширения вен; осуществляет гинекологический осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование;

10) после осмотра устанавливает срок беременности, осуществляет раннюю постановку на учет беременных до 12 недель в день обращения в медицинскую организацию и выявления беременности для своевременного обследования;

11) назначает первоначальный комплекс обязательного лабораторного обследования беременной: общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови и резус фактор, серологическое обследование на сифилис (забор крови на реакцию Вассермана), обследование на ВИЧ-инфекцию с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия на тестирование, обследование на маркеры гепатитов: HBsAg (гепатит В) и anti-HCV (гепатит С), определение глюкозы крови, исследование крови на материнские сывороточные маркеры в сроки с 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности с первого дня последней менструации, кровь на TORCH инфекции, бактериологическое исследование средней порции мочи (бак посев мочи), микроскопическое исследование материала из влагалища на аэробные и факультативно–анаэробно микроорганизмы, бактериоскопия мазка из влагалища

на степень чистоты, мазок на онкоцитологию, микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам по показаниям;

12) направляет беременную на проведение пренатального скрининга с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным аномалиям развития (порокам развития) внутриутробного плода:

на ультразвуковой скрининг в первом триместре в сроки беременности с 11 недель по 13 недель 6 дней беременности;

направляет на анализ МСМ с расчетом индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода;

13) направляет беременных на функциональные обследования: электрокардиограмму (ЭКГ), по показаниям эхокардиограмму (ЭхоКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) почек;

14) направляет беременную на консультацию к стоматологу (экстренная и плановая стоматологическая помощь беременным оказывается в рамках ОСМС бесплатно) и по показаниям – к врачу отоларингологу;

15) изучает и использует возможность получения информации из регистра беременных и женщин фертильного возраста и из медицинских информационных систем о течении предыдущих беременностей, родов и ранее выявленных соматических заболеваниях;

16) обеспечивает персонифицированное ведение регистра беременных и женщин фертильного возраста с внесением в него всех данных проведенного осмотра, результатов лабораторно-диагностических исследований и консультаций;

17) все данные опроса и обследования женщины, назначения, рекомендации врач акушер-гинеколог вносит в индивидуальную карту беременной и родильницы по форме № 077/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 (далее – форма № 077/у), в электронном формате, и в обменную карту беременной и родильницы по форме № 048/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 (далее – форма № 048/у), которая выдается беременной при первом посещении и находится у нее на руках в течение всей беременности до родов для предъявления по месту наблюдения, при проведении консультирования профильными специалистами МО всех форм собственности, при вызове бригады скорой

медицинской помощи, во время активного патронажа медицинскими работниками, при обращении для оказания стационарозамещающей помощи, организации лечения на дому (стационар на дому), при обращении в приёмно-диагностические отделения МО, оказывающих круглосуточную медицинскую помощь в стационарных условиях;

18) проводит беседу об антенатальном уходе, рекомендует лечебно-профилактические мероприятия в первом триместре: прием фолиевой кислоты 0,4 мкг ежедневно в течении первого триместра;

19) дату следующего посещения назначает через 7-10 дней со дня постановки беременной на учет по беременности;

20) в день постановки беременной на учет по беременности передает данные на участок в виде записи в журнале регистрации беременных терапевтического участка; беременную направляет к терапевту, врачу общей практики и патронажной медсестре.

17. Участковый терапевт, врач общей практики проводит осмотр беременной; после сбора анамнеза, в случае выявления медицинских показаний, направляет беременную к профильным специалистам, назначает дополнительные обследования. При наличии экстрагенитальной патологии обеспечивает диспансеризацию беременной у участкового терапевта, врача общей практики и профильного специалиста. Профильный специалист обеспечивает проведение консультации беременной с выдачей подробных рекомендаций и при необходимости направляет беременную в профильное отделение для дообследования, уточнения диагноза и оказания ей медицинской помощи в стационарных условиях.

18. В течение трех рабочих дней со дня постановки беременной на учёт по беременности участковая медицинская сестра/брат, акушерка/ акушер на основе универсально-прогрессивной модели патронажа проводит дородовой патронаж - универсальный пакет услуг по утвержденной общей схеме наблюдения беременных в МО при оказании ПМСП.

19. На втором приеме беременной (в течение 7-10 дней после первого посещения) после получения результатов обследования акушер-гинеколог:

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

невынашиванию;

развитию преэклампсии, эклампсии;

задержке развития плода;

постковидным осложнениям;

обострению экстрагенитальных заболеваний;

кровотечению;

разрыву матки;

развитию гнойно-септических осложнений;

врожденным порокам развития и хромосомной патологии у плода;

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

3) после определения факторов риска по осложнениям в течении беременности и в родах проводит дообследование в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

4) выясняет наличие противопоказаний к вынашиванию беременности, в соответствии с пунктом 1 Перечня медицинских и социальных показаний, противопоказаний к проведению искусственного прерывания беременности, утвержденного приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № ҚР ДСМ-122/2020 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности и перечня медицинских и социальных показаний, а также противопоказаний для проведения искусственного прерывания беременности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21412) (далее приказ № ҚР ДСМ-122/2020).

20. Оценка состояния здоровья беременных с экстрагенитальными заболеваниями, решение вопроса о возможности вынашивания беременности и определение медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности проводится врачебно-консультативной комиссией (в составе не менее трех врачей): руководителя организации здравоохранения, врача акушера-гинеколога, профильного специалиста, к области которого относится заболевание

(состояние) беременной с выдачей медицинского заключения врачебно - консультативной комиссии по форме 026/у, утверждённой приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

21. Вопрос о прерывании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии, а также по имеющимся социальным показаниям, определяется комиссионно врачебно-консультативной комиссией МО в соответствии с перечнем медицинских и социальных показаний к проведению искусственного прерывания беременности, утвержденными приказом № ҚР ДСМ-122/2020 и положением о деятельности врачебно-консультативной комиссии, утвержденным подпунктом 152-102) пункта 16 постановления Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 «О некоторых вопросах министерства здравоохранения и национальной экономики Республики Казахстан».

При планировании беременности с наличием противопоказаний к вынашиванию беременности, в случае отказа от прерывания беременности по медицинским показаниям после проведения разъяснительной беседы о всех возможных рисках и осложнениях, женщина полностью берет на себя ответственность за все риски для здоровья самой женщины и плода последующие во время беременности и до сорока двух календарных дней после родов в соответствии с пунктом 5 статьи 81 Кодекса.

22. Дополнительные данные последующих осмотров и исследований акушер-гинеколог фиксирует в индивидуальной карте беременной и родильницы, в форме № 077/у и в обменной карте беременной и родильницы, форме № 048/у, при каждом посещении беременной врача акушера-гинеколога.

23. Врач акушер-гинеколог, как лечащий врач, оказывает акушерско-гинекологическую помощь женщинам путем:

1) диспансерного наблюдения за беременными; формирования групп с факторами акушерского и перинатального риска с целью раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

2) организации медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным, независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения по экстренным показаниям;

- 3) обеспечения переоценки факторов риска при каждом посещении беременной с учетом данных проведенных осмотров и полученных результатов исследований;
 - 4) соблюдения принципов перинатального ухода – индивидуальный подход и мультидисциплинарное ведение каждой беременной;
 - 5) организации комиссионных мультидисциплинарных осмотров беременных женщин с факторами риска для определения дальнейшей тактики ведения беременной;
 - 6) обеспечения обязательного трёхкратного ультразвукового скрининга беременных с соблюдением сроков обследования;
 - 7) осуществления контроля результатов пренатального скрининга и направления беременных женщин с факторами риска по результатам пренатального скрининга на медико-генетическое консультирование;
 - 8) обеспечения обследования биологического отца ребенка на групповую и резус – принадлежность у резус-отрицательных женщин и проведение фенотипирования антигенного состава крови супружеской пары;
- при несовпадении антигенного состава крови беременной женщины и биологического отца ребенка обеспечивает обследование на наличие титра антител в крови независимо от паритета. При резус-положительной крови биологического отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови беременной женщины, назначает введение иммуноглобулина человека антирезус Rho (D) в 28-30 недель беременности однократно в дозе 250 мкг или 1250 МЕ;
- после родов резус положительным ребенком каждой несенсibilизированной RhD – отрицательной женщине, после получения информированного согласия, назначает введение внутримышечно 1250 МЕ или 250 мкг в течение 72 часов;
- в случае обнаружения в крови беременной резус-антител, акушер-гинеколог обеспечивает обязательное наблюдение ее как иммунизированной и назначает определение титра антиэритроцитарных антител у иммунизированной беременной с динамическим контролем в течение всей беременности, проведением УЗИ плода, доплерометрии с измерением скорости кровотока в среднемозговой артерии плода;

ведение изоиммунизированной беременной согласно рекомендациям клинического протокола диагностики и лечения «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода»;

9) организации, в случае необходимости, консультирования беременных женщин и гинекологических больных руководителем медицинской организации, заведующим отделением и врачами профильных специальностей МО;

10) определения медицинских показаний для направления беременных женщин в дневные стационары, отделения патологии беременности МО оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, профильные МО с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

11) направления беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных через портал Бюро госпитализации для получения плановой специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг (далее – ВТМУ) в МО республиканского уровня:

при наличии доминирующих экстрагенитальных заболеваний обеспечивает госпитализацию беременных:

до срока 36 недель 6 дней беременности осуществляется в специализированные профильные стационары или отделения многопрофильных больниц;

с 37 недель беременности в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях;

беременные с акушерскими осложнениями направляются в отделение патологии беременности в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, с учетом принципов регионализации перинатальной помощи;

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

13) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям; выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020 «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21660).

Беременным, обучающимся в организациях образования, для освобождения от занятий выдаются справки о временной нетрудоспособности.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности с целью официального признания нетрудоспособности беременной женщины и её временного освобождения от выполнения трудовых обязанностей на период заболевания проводится в соответствии с пунктом 1 статьи 89 Кодекса;

14) определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода беременной по состоянию здоровья на лёгкую и не связанную с профессиональными вредностями работу проводится врачебно-консультативной комиссией. Для перевода беременной на лёгкую и не связанную с профессиональными вредностями работу врачебно-консультативной комиссией выдается врачебное заключение о переводе беременной на другую работу по форме № 074/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

15) организации ежедневного приема беременных женщин и гинекологических больных каждым врачом акушерско – гинекологического участка;

16) предоставление психологической, юридической помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным;

17) 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 аборт и инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и социально-значимых заболеваний;

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

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

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

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

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 учета мероприятий формирования здорового образа жизни по форме № 030/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020;

23) взаимодействия с медицинскими организациями всех регионов, страховыми медицинскими компаниями, негосударственными организациями и региональными филиалами ФОМС;

24) организации ведения учетной и отчетной документации, предоставления отчетов о деятельности в установленном порядке, сбора данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством; проведения анализа показателей работы акушерско-гинекологического участка (кабинета), подразделений, статистического учета, оценки эффективности и качества медицинской помощи;

25) соблюдения требований приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ – 96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21080).

24. Организация пренатального скрининга направленного на раннее выявление и диагностику хромосомной патологии и ВПР плода для предупреждения рождения детей с тяжелыми летальными, не поддающимися лечению и коррекции генетическими, хромосомными и анатомические нарушениями осуществляет:

1) пренатальное обследование, включающее проведение:

массового ультразвукового скрининга беременных женщин;

анализа МСМ для комбинированного теста первого триместра;

медико-генетического консультирование;

ИПД хромосомной и моногенной патологии плода (ИПД для исключения хромосомной и моногенной патологии плода);

проведение пренатального консилиума;

мониторинга эффективности пренатального скрининга;

предоставления отчетных данных в уполномоченный орган по случаям рождения детей с хромосомной патологией и ВПР;

2) мероприятия первого этапа пренатального скрининга включают:

сбор анамнеза;

обеспечение проведения ультразвукового скрининга плода первого, второго и третьего триместров в определенные сроки беременности;

направление на анализ крови МСМ первого триместра;

формирование группы беременных женщин с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии и направление данной группы на второй этап пренатального скрининга;

3) на первом этапе пренатального скрининга врач по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» на первичном приеме беременных женщин:

проводит сбор анамнеза, формирование группы беременных женщин с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии. Беременные женщины с факторами «риска» по врожденной и наследственной патологии непосредственно направляются к врачу по специальности «Медицинская

генетика» (без ультразвукового скрининга и анализа МСМ) 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, наличие в анамнезе случаев мертворождения, привычного невынашивания, смерти одного и более ребенка с неясным и не установленным диагнозом, сцепленным с полом;

направляет на ультразвуковой скрининг в первом, втором и третьем триместрах беременности;

направляет на анализ МСМ с расчетом индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода;

4) на первом этапе пренатального скрининга врач по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» при повторной явке беременной женщины с результатами пренатального скрининга направляет ее на консультацию к врачу по специальности «Медицинская генетика» по следующим критериям:

обнаружение ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и (или) выявление анатомических аномалий развития плода при проведении ультразвукового скрининга первого, второго и третьего триместров;

выявление высокого индивидуального генетического риска хромосомной патологии плода (1:150 и ниже) после проведения комбинированного теста первого триместра;

наличие возрастного фактора женщины 37 лет, мужчины 40 лет;

5) на первом этапе беременные женщины после ультразвукового скрининга первого триместра (не позднее 1-3 календарных дней) направляются на анализ МСМ при комбинированном тесте первого триместра в сроки с 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности с первого дня последней менструации;

б) забор, маркировка и доставка образца крови беременной женщины в медицинские организации, осуществляющих анализ МСМ и расчет комбинированного риска, осуществляется по алгоритму забора, маркировки,

доставки образца крови беременной женщины согласно приложению 3 к настоящему Стандарту;

7) сыворотка крови или сухие пятна крови беременных женщин направляются организациями здравоохранения, проводившими первый этап пренатального скрининга, на второй этап пренатального скрининга в срок не позднее 36 часов после забора крови.

Анализ МСМ из сыворотки крови или сухих пятен крови и расчет комбинированного риска выполняется в МО, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по подвиду «Лабораторная диагностика»;

8) обследование беременных женщин на первом этапе пренатального скрининга включает трехкратный ультразвуковой скрининг, результаты которого заполняются в утвержденные формы (вкладные листы «Протокол ультразвукового исследования в первом триместре беременности» и «Протокол ультразвукового исследования во втором и третьем триместрах беременности» к медицинским картам, утвержденным приказом № ҚР ДСМ-175/2020, врачами по специальности «Лучевая диагностика» (ультразвуковая диагностика), прошедшими повышение квалификации по проведению скринингового ультразвукового исследования при беременности) в следующие сроки беременности:

с 11 недель по 13 недель 6 дней беременности;

с 19 недель по 21 недели 0 дней беременности;

с 30 недель по 32 недели 0 дней беременности;

9) при выявлении ультразвуковых маркеров хромосомной патологии и (или) ВПР плода при проведении ультразвукового скрининга на первом этапе пренатального скрининга беременная женщина направляется на второй этап пренатального скрининга к врачу по специальности «Медицинская генетика» с целью определения показаний для повторного проведения ультразвукового исследования плода и (или) проведения ИПД и (или) проведения мультидисциплинарного пренатального консилиума с целью решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности.

В данном случае допускается проведение консультации с использованием дистанционных медицинских услуг, врачом по специальности «Медицинская

генетика» и (или) дистанционного мультидисциплинарного пренатального консилиума субъектов (объектов) здравоохранения, оказывающих услуги родовспоможения, на областном уровне;

10) информация о прохождении и результатах ультразвукового скрининга первого, второго, третьего триместров и комбинированного теста первого триместра вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в информационную подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала «Регистр прикрепленного населения»;

11) мероприятия пренатального скрининга на втором этапе включают:
медико-генетическое консультирование беременных женщин группы «риска» по рождению детей с врожденными и наследственными заболеваниями;
проведение подтверждающего ультразвукового исследования консилиумом врачей, не менее трех по специальности «Лучевая диагностика» и «Медицинская генетика»;

анализ МСМ для комбинированного теста первого триместра;
проведение ИПД по показаниям;
проведение цитогенетического, молекулярно-цитогенетического и (или) молекулярно-генетического исследования плодового материала;
проведение пренатального консилиума;
заполнение учетных и отчетных форм;
мониторинг эффективности пренатального скрининга на основании данных выходных форм системы «Регистр беременных и женщин фертильного возраста».

12) Расчет индивидуального генетического риска при комбинированном тесте первого триместра основан на:

измерении ультразвуковых маркеров (толщина воротникового пространства, длина носовых костей, копчико-теменного размера);

анализе МСМ (связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная b-единица хорионического гонадотропина (b-ХГЧ)) с использованием максимального числа величин отношений правдоподобия

(популяционные отличия, вес и этническая принадлежность матери, курение, наличие сахарного диабета, многоплодие, применение вспомогательных репродуктивных технологий);

13) на втором этапе пренатального скрининга при проведении комбинированного теста первого триместра и выявлении высокого индивидуального генетического риска хромосомной патологии у беременной женщины (1:150 и ниже) врачом по специальности «Акушерство и гинекология» назначается консультация врача по специальности «Медицинская генетика» для решения вопроса о проведении ИПД.

В данном случае допускается проведение дистанционных консультации врача по специальности «Медицинская генетика»;

14) после ИПД при выявлении хромосомных или моногенных наследственных заболеваний плода результат ИПД вносится врачом по специальности «Акушерство и гинекология» или «Общая медицина» или средним медицинским работником по специальности «Акушерское дело» в информационную подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала «Регистр прикрепленного населения»;

15) при наличии ВПР плода врачи по специальности «Акушерство и гинекология» и «Медицинская генетика» направляет беременную женщину на проведение пренатального консилиума в любые сроки беременности;

16) В зависимости от заключения пренатального консилиума беременная женщина направляется:

на прерывание беременности по генетическим показаниям и при тяжелых ВПР плода с патологоанатомической верификацией диагноза;

на пролонгирование беременности с рекомендациями о сроке, методе, и месте родоразрешения и последующей тактике ведения новорожденного.

25. Средние медицинские работники (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры и (или) братья) оказывают медицинскую доврачебную помощь женщинам вовремя и вне беременности, включающую:

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

2) 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;

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

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

5) самостоятельное ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц на основе универсально – прогрессивной модели со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения;

6) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) социального риска, универсальное (обязательное) патронажное наблюдение беременной женщины в сроки до 12 недель и 32 недели беременности, прогрессивный подход или патронажное наблюдение беременных женщин, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья и безопасности по схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных;

7) предоставление консультативных услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья;

8) внесение данных в подсистему «Регистр беременных и женщин фертильного возраста» электронного портала «Регистр прикрепленного населения» с целью автоматизированного ведения групп беременных и ЖФВ и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ.

26. Направление беременных женщин на занятия в школы подготовки к родам необходимо начать с момента постановки на учет по беременности.

27. Разделы дородового ухода, потребности будущей матери, потребности младенца, предвестники родов, тревожные признаки во время беременности, физиология родов, техника дыхания в родах, облегчение боли в родах, релаксация, выбор положения во время схваток и родов, роль и помощь партнёра

в родах, уход за новорожденным, грудное вскармливание, послеродовая контрацепция включаются в программы занятий при подготовке беременных к родам. Занятия по подготовке беременных и их партнёров к родам проводятся медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку.

28. План занятий, график и методика проведения занятий в школе подготовке беременных к родам утверждаются руководителем медицинской организации.

29. Индивидуальная карта беременной и родильницы по форме № 077/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ–175/2020, ведется в электронном формате, в МИС врачом акушером -гинекологом.

30. Обязательное патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам средним медицинским работником на дому в установленные сроки беременности согласно универсально –прогрессивной модели патронажа беременных.

31. Патронажи беременных и родильниц осуществляют участковые терапевты, врачи общей практики, участковые педиатры, акушерки и медицинские сестры и (или)братья.

32. Беременные женщины, не явившиеся на прием в течение трех дней после назначенной даты, подлежат патронажу на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой, которая имеет при себе тонометр, термометр и стетоскоп. Данные о результатах патронажного посещения заносятся акушеркой или патронажной медицинской сестрой в форму №077/у и в форму № 048/у.

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

34. 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

№ 077/у и форма № 048/у). Передача сведений о переезде беременной осуществляется в местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, регионов и в МО по месту прибытия беременной телефонограммой и на электронную почту с указанием точных паспортных данных, адреса прибытия, ИИН, контактов беременной и ее родственников.

35. В сроке беременности 30 недель врач акушер-гинеколог обеспечивает комплекс обязательного повторного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, серологическое обследование на сифилис (забор крови на реакцию Вассермана), обследование на наличие ВИЧ-инфекции повторно беременным в сроке 28-30 недель беременности с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия на тестирование, согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за под № 21692), микроскопическое исследование материала из влагалища на степень чистоты, общий анализ мочи, консультацию терапевта, направляет беременную на ультразвуковой скрининг третьего триместра с 30 недель по 32 недели 6 дней беременности.

36. Допплерометрия сосудов фетоплацентарного комплекса и функциональные методы диагностики (кардиотокография, определение биофизического профиля) плода проводятся беременным по показаниям и в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения.

37. В сроке беременности 36 недель беременная направляется на третье серологическое обследование беременной на сифилис (забор крови на реакцию Вассермана), в сроке беременности 37 недель проводится микроскопическое исследование материала из влагалища на степень чистоты.

38. В сроке беременности 36 недель комиссионным осмотром врачей акушеров-гинекологов с заведующей акушерско-гинекологического отделения или региональными акушер-гинекологами и по показаниям профильных специалистов, беременным с факторами риска, определяется предполагаемый метод и уровень родоразрешения.

39. В сроке беременности 38-40 недель проводится повторный комиссионный осмотр беременных с факторами риска совместно с заведующим акушерско-гинекологического отделения, врачами акушерами - гинекологами и при необходимости профильными специалистами, с целью пересмотра плана ведения беременности и решения вопроса о методе, уровне родоразрешения, плановой госпитализации.

40. Плановая госпитализация беременных в стационар осуществляется по показаниям по направлению специалистов ПМСП или организации здравоохранения через портал Бюро госпитализации с определением даты госпитализации врачом стационара.

41. Со срока беременности 37 недель и до родов (учитывая срок действия ПЦР теста) врач акушер-гинеколог, участковый терапевт, врач общей практики обеспечивают обследование беременных на РНК SARS Cov-2 методом ПЦР-забор материала из верхних дыхательных путей (мазок из зева и носоглотки).

42. Направление беременных и рожениц на родоразрешение регистрируется в листе ожидания Портала бюро госпитализации со срока 37 недель беременности с учетом уровня регионализации перинатальной помощи. По данному направлению осуществляется госпитализация женщин и окончательная дата госпитализации определяется в день поступления в стационар.

43. Медицинское обслуживание родильниц на дому (патронаж) после неосложненных родов проводится акушеркой или медицинской сестрой в первые трое суток после выписки ее из МО родовспоможения. При осложненном течении послеродового периода патронаж проводится врачом акушер-гинекологом или ВОП.

44. Активному посещению подлежат родильницы, прибывшие на обслуживаемую территорию по сведениям, поступившим из МО, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях (телефонное или письменное извещение).

45. 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 и диуреза. С родильницей проводится разъяснительная работа по возможности наступления новой беременности в период грудного вскармливания,

планированию семьи и средствах контрацепции, а также по срокам обращения в консультацию для подбора контрацепции.

46. Посещение родильницей врача акушер-гинеколога акушерско-гинекологического отделения (кабинета) проводится на десятые и тридцатые 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 и физиологических отпавлений. Осмотр с использованием гинекологических зеркал, вагинальное исследование, а также назначение лабораторных исследований производятся по показаниям.

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

48. Выписка из истории родов, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильницы заносятся в форму 077/у.

49. Все формы № 077/у до конца послеродового периода (42 дня) хранятся в картотеке «родильницы». По окончании послеродового периода в форме № 077/у оформляется послеродовой эпикриз с указанием метода контрацепции и даты флюорографии.

50. Диспансеризация родильниц с факторами риска, после осложненных родов, перенесенных критических состояний во время беременности, в родах и послеродовом периоде, оперативных вмешательств, случаев мертворождения плодов или ранней и поздней неонатальной смерти новорожденных, проводится в течение одного года совместно с профильными специалистами в МО по месту прикрепления. Координировать работу по диспансеризации родильниц с факторами риска, после осложненных родов, перенесенных критических состояний во время беременности, в родах и послеродовом периоде, оперативных вмешательств, перинатальных потерь в течение одного года в кабинете катамнеза с созданием базы данных.

51. После осложненных родов, перенесенных критических состояний, массивных акушерских кровопотерь, оперативных вмешательств, перинатальных потерь осуществляется медицинская реабилитация в соответствии с Правилами оказания медицинской реабилитации, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 октября 2020 года № ҚР ДСМ-116

/2020 «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21381).

52. Медицинская реабилитация после осложненных родов, перенесенных критических состояний, массивных акушерских кровопотерь, оперативных вмешательств, перинатальных потерь осуществляется при лечении основного заболевания, а также после острых состояний, хирургических вмешательств при хронических заболеваниях и (или) состояниях пациентам с ограничением жизнедеятельности, нарушением функций и структур с учетом реабилитационного потенциала.

53. Уровень оказания медицинской реабилитации определяется с участием мультидисциплинарной группы специалистов, в зависимости от нозологии, степени тяжести состояния пациента и нарушений биосоциальных функций на основе критериев международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья – классификация компонентов здоровья, ограничений жизнедеятельности и функционирования (МКФ) согласно шкале реабилитационной маршрутизации.

54. Медицинская реабилитация оказывается:

- 1) в рамках ГОБМП при лечении основного заболевания;
- 2) в системе ОСМС по перечню заболеваний по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра;
- 3) на платной основе за счёт собственных средств граждан, средств добровольного медицинского страхования, средств работодателей и источников, не запрещённых законодательством Республики Казахстан.

55. Ежегодное обследование ЖФВ участковым врачом акушер-гинекологом, врачом общей практики (далее – ВОП), терапевтом проводится для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований»

(зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21513) (далее – приказ № ҚР ДСМ-149/2020).

56. Все данные обследования женщины, манипуляции и операции, назначения и рекомендации записываются врачом акушер-гинекологом в медицинскую карту амбулаторного пациента по форме № 052/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

57. При установлении окончательного диагноза решается вопрос о лечении и диспансерном наблюдении за пациентом, согласно клиническим протоколам диагностики и лечения. На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения по форме № 055/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

58. Малые гинекологические операции и манипуляции проводятся при отсутствии противопоказаний амбулаторно: биопсия шейки матки, аспирация (шприцем) содержимого полости матки для цитологического исследования, диатермокоагуляция и (или) эксцизия шейки матки, криотерапия, лазеротерапия и радиоволновая коагуляция, вакуум-аспирация (безопасный аборт), медикаментозный аборт, введение и удаление внутриматочных контрацептивов. Малые гинекологические операции регистрируются в форме учета операций/манипуляций, по форме 019/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

59. Женщине, которой назначено лечение в стационарных условиях, в экстренных случаях выдается направление на госпитализацию, в случае плановой госпитализации направление выдается через Портал бюро госпитализации. Акушеркой участка производится запись в медицинскую карту амбулаторного пациента (форма № 052/у) о фактической госпитализации женщины.

60. При обращении беременной женщины за направлением для искусственного прерывания беременности, после определения срока беременности и отсутствия медицинских противопоказаний к искусственному прерыванию беременности (аборта), врач акушер-гинеколог МО амбулаторно-поликлинической помощи разъясняет опасность и вред прерывания беременности, проводит консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья и индивидуального подбора современных средств и методов контрацепции, назначает необходимое обследование согласно клиническому протоколу диагностики и лечения. Госпитализация для искусственного

прерывания беременности (аборта) производится через портал Бюро госпитализации, согласно приказу № ҚР ДСМ-122/2020.

61. Участковый врач совместно с акушер-гинекологами координирует работу по предупреждению искусственных прерываний беременностей (абортов), индивидуальному подбору современных методов контрацепции, обучению женщин по использованию современных методов контрацепции, подбору постоянного эффективного метода контрацепции у женщин с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, по предупреждению искусственного прерывания беременностей (абортов) и подбору постоянного эффективного метода контрацепции у девочек – подростков- в кабинете планирования семьи.

62. Оказание акушерско-гинекологической помощи сельскому населению в амбулаторных условиях оказывается в районных поликлиниках, в акушерско-гинекологических кабинетах врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских и медицинских пунктах.

63. В малочисленных населённых пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения) отдельные функции лечащего врача могут возлагаться на фельдшера, медицинскую сестру или акушерку.

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

65. Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады специалистов, 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.

66. 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. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях центра ПМСП наблюдение беременной осуществляет ВОП или участковый терапевт.

67. 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.

68. Врачебно-консультативная комиссия районной больницы выдает заключение о переводе беременной на более легкую работу по форме № 074/у «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» или заключение ВКК по форме № 026/у о предоставлении листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам.

В сроке беременности 36 недель осмотром районного акушера-гинеколога и по показаниям районных профильных специалистов определяется предполагаемый метод и уровень родоразрешения.

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

70. Врач по специальности «Медицинская генетика» обеспечивает:

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

2) предоставление рекомендаций по прегравидарной 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 хромосомной и наследственной патологии у плода по результатам обследования;

4) проведение пренатального консилиума совместно с профильными специалистами для установления заключения состояния внутриутробного плода,

прогноза развития и дальнейшей жизни новорожденного, определения тактики дальнейшего ведения беременности, срока и места родоразрешения.

71. 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.

72. Участковые терапевты и ВОП организации здравоохранения, оказывающие ПМСП, 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 организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований, утверждёнными приказом МЗ РК от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21513);

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) информационную работу с подростками по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планированию семьи, профилактике ранней половой жизни и нежелательной беременности, контрацепции;

6) проведение прегравидарной подготовки при планировании беременности;

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

- 8) проведение обязательных осмотров беременных в сроках 12 недель (или при первой явке) и в 30-32 недели беременности, а также по показаниям;
- 9) тщательный сбора анамнеза и выявление острых и хронических экстрагенитальных заболеваний;
- 10) назначение и контроль результатов флюорографии до беременности и после родов;
- 11) ведение беременных женщин с физиологическим (неосложнённым) течением беременности. В случае отсутствия врача акушер-гинеколога ведение беременности с патологическим (осложнённым течением);
- 12) 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;
- 13) проведение обязательных осмотров родильниц на десятые и тридцатые сутки после родов, а также по показаниям;
- 14) проведение патронажных посещений женщин на дому в период беременности и после родов по показаниям;
- 15) проведение реабилитационных мероприятий женщинам с осложненными родами, самопроизвольным прерыванием беременности; после гинекологических оперативных вмешательств;
- 16) осуществление преемственности с акушерско-гинекологической, педиатрической и профильными службами;
- 17) профилактические и скрининговые осмотры женского населения;
- 18) осмотр диспансерных гинекологических больных не реже 1 раза в год;
- 19) проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению населения по профилактике заболеваний и укреплению репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни.

73. Врач педиатр в амбулаторных условиях обеспечивает:

- 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.

74. Врач уролог, андролог в амбулаторных условиях обеспечивают консультирование женщин по профилактике и лечению ИППП, оценку состояния здоровья, оздоровление и лечение пациентов с урологической патологией всех возрастов, в том числе беременных женщин.

75. Врачи субъектов здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, 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.

76. Для определения вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) беременная проходит обследование двукратно в течение беременности на ВИЧ – инфекцию после дотестового консультирования с получением и оформлением информированного согласия пациента на тестирование и ввода персональных данных в информационную систему МО, осуществляющей забор крови. В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21692) обследование на ВИЧ – инфекцию проводится беременным женщинам: двукратно – при постановке на учет по беременности и в сроке беременности 28-30 недель; перед прерыванием беременности в случае аборта, самопроизвольного выкидыша или замершей беременности; поступившим в

организации родовспоможения на роды без результатов двукратного обследования на ВИЧ-инфекцию; обследованным однократно – более трех недель до поступления на роды; родившие вне организаций родовспоможения; относящиеся к ключевым группам; имеющим ВИЧ–положительного полового партнера или партнера, употребляющего инъекционные наркотические средства. Половым партнерам беременной женщины проводится обследование на наличие ВИЧ-инфекции однократно при постановке беременной на учёт по беременности.

77. В кабинете планирования семьи оказывают медицинские услуги по планированию семьи, консультированию по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, по применению современных методов контрацепции с целью профилактики аборт, подбору методов контрацепции в соответствии с классификацией контрацептивов по категориям и далее осуществляют контроль и динамическое наблюдение за эффективностью метода контрацепции, специально подготовленными медицинскими работниками, прошедшими подготовку по вопросам планирования семьи и охране репродуктивного здоровья.

78. Врачи, средние медицинские работники организаций ПМСП, консультативно-диагностических отделений (кабинетов) МО независимо от форм собственности, прошедшие общую подготовку по вопросам планирования семьи и охране репродуктивного здоровья, обеспечивают информирование, консультирование и оказание услуг по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, по вопросам планирования семьи, применению современных методов контрацепции, проводят оценку основного заболевания, проводят подбор методов контрацепции .

79. Координировать работу по планированию семьи, по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, применению современных методов контрацепции, подбору методов контрацепции в кабинете планирования семьи с созданием базы данных о применении методов контрацепции.

80. Психологи и социальные работники организации здравоохранения оказывающей ПМСП, проводят информационные мероприятия с населением по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи, профилактике ранней половой жизни у подростков и нежелательной беременности, контрацепции, консультирование беременных и родильниц.

Глава 4. Порядок организации оказания акушерско-гинекологической помощи в стационарных условиях

81. Медицинская помощь в стационарных условиях женщинам с заболеваниями репродуктивных органов, во время беременности, в родах, в послеродовом периоде и новорожденным предоставляется в МО независимо от форм собственности или их соответствующих структурных подразделениях, имеющих круглосуточное медицинское наблюдение в рамках ГОБМП и ОСМС.

82. В МО оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, независимо от форм собственности осуществляются:

- 1) оказание в стационарных условиях 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 телемедицинской сети;
- 7) преемственность и обмен информацией с МО ПМСП и МО, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях 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 о 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 Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) и (или) детского фонда объединённых нации United Nations International Childrens Emergency Fund (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 и (или) 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.

83. Госпитализация беременных, рожениц, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в организации здравоохранения всех форм собственности в рамках ГОБМП и ОСМС осуществляется:

1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или организации здравоохранения независимо от формы собственности:

в соответствии с перечнем заболеваний по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее МКБ – 10) для преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара;

в соответствии с перечнем операций по кодам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра (далее МКБ – 9) для преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара;

2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) –вне зависимости от наличия направления.

84. Плановая госпитализация беременных, рожениц, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в стационар осуществляется по показаниям по направлению специалистов ПМСП или организации здравоохранения, независимо от формы собственности, 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 госпитализация осуществляется в приемном отделении МО с заполнением врачом приемного отделения медицинской документации, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175 /2020 при наличии у пациента медицинских показаний и после получения информированного согласия пациента на получение медицинской помощи в соответствии с пунктом 3 статьи 134 Кодекса.

85. Окончательная дата госпитализации определяется в день поступления в стационар с регистрацией факта госпитализации в журнале учета госпитализации и отказов от госпитализации портала Бюро госпитализации.

86. В случае выявления беременности у подростков врачом педиатром или ВОП обеспечивается комиссионный осмотр несовершеннолетней беременной врачами акушер-гинекологами и психологами при согласии родителей и (или) законных представителей несовершеннолетних (опекунов) для решения дальнейшего ведения. Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних дают их законные представители в соответствии со статьей 137 Кодекса.

87. Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо ее законным представителем, а также медицинским работником в соответствии со статьей 136 Кодекса. В случае отказа от подписания пациентом

либо его законным представителем отказа от медицинской помощи осуществляется соответствующая запись об этом в медицинской документации, в том числе в электронном формате и подписывается медицинским работником. При отказе законных представителей несовершеннолетнего либо недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, медицинская организация вправе обратиться в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов. в соответствии с пунктом 4 статьи 136 Кодекса.

88. Оказание медицинской помощи без согласия пациента допускается в отношении лиц, указанных в пункте 1 статьи 137 Кодекса.

89. Решение об оказании медицинской помощи без согласия в отношении лиц, указанных в пункте 1 статьи 137 Кодекса, принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно медицинский работник с последующим уведомлением должностных лиц МО. Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается до исчезновения вышеуказанных состояний.

90. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении организации здравоохранения на получение плановой госпитализации осуществляется в рабочее время согласно утвержденному графику работы организации, в течение 60 минут с момента обращения. Экстренная медицинская помощь оказывается круглосуточно. При необходимости в приемном отделении организовывается консилиум.

91. Оказание медицинской помощи на платной основе осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21559) и статьей 202 Кодекса.

92. При получении медицинской помощи в стационарных условиях пациенты получают исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах, предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от

лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснения причин выписки домой или перевода в организацию здравоохранения.

93. Врач акушер-гинеколог осматривает пациента, поступившего для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, прописывает необходимое пациенту лечение и осведомляет его о назначенных лечебно-диагностических мероприятиях.

94. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующий уход пациенту осуществляются с момента поступления в стационар.

95. Заведующий отделением проводит осмотр беременных, рожениц, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в день поступления. В случае необходимости привлекает к осмотру заместителя руководителя по медицинской части и родовспоможению.

96. Ответственный дежурный врач по стационару проводит осмотр беременных, рожениц, родильниц и пациенток с гинекологическими заболеваниями в день поступления в вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни с дежурными врачами.

97. Пациенты, находящиеся в стационаре, подлежат ежедневному осмотру лечащим врачом кроме выходных и праздничных дней, когда осмотр осуществляется дежурным медицинским персоналом, с назначением диагностических и лечебных манипуляций с занесением соответствующей записи в медицинскую карту. При утяжелении состояния беременной, роженицы, родильницы, новорождённого и пациенток с гинекологическими заболеваниями дежурный врач оповещает заведующего отделением, ответственного дежурного врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный вариант).

98. На любом уровне оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, пациентам с гинекологическими заболеваниями при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях, заведующий отделением и в случае необходимости,

заместитель руководителя по медицинской части организует консультацию (осмотр пациента специалистом более высокой квалификации или профильным специалистом) или организует мультидисциплинарный консилиум.

99. Госпитализация беременных женщин со сроком гестации до 36 недель 6 дней, родильниц и женщин в постабортном периоде с доминирующей экстрагенитальной патологией при отсутствии или незначительной выраженности акушерских и гинекологических осложнений осуществляется в профильные специализированные МО или отделения многопрофильных больниц по показаниям в соответствии с клиническими протоколами, при их отсутствии – по решению консилиума врачей.

100. Женщины с постабортными и послеродовыми осложнениями госпитализируются в гинекологические отделения и (или) койки многопрофильных больниц организации родовспоможения в первые 42 дня после родов.

101. 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 отделением и врачом акушером-гинекологом проводит осмотр для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.

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

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

104. Медицинская помощь в стационарных условиях женщинам вне и во время беременности, женщинам с заболеваниями репродуктивных органов оказывается в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения.

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

106. При установлении диагноза бесплодия, не поддающегося терапии, по показаниям супружеской паре или женщине, не состоящей в браке, применяются вспомогательные репродуктивные технологии в соответствии с Правилами и условиями проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ – 272/ 2020 «Об утверждении Правил и условий проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21816).

107. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с резус отрицательной принадлежностью крови без явлений сенсибилизации проводить специфическую профилактику – введение анти-резус Rho (D) иммуноглобулина, после информированного согласия, при таких состояниях как:

- угроза выкидыша после 12+0 недель гестации;
- продолжающееся кровотечение сразу после 12+0 недель гестации (шестинедельным интервалом);
- полный или частичный самопроизвольный выкидыш в сроке 12+0 или больше недель гестации;
- плановое хирургическое прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности;
- плановое медикаментозное прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности;
- проведение инвазивных процедур (амниоцентез, биопсия хориона, кордоцентез);
- при наложении швов на шейку матки (при истмико-цервикальной недостаточности);
- при трофобластической болезни;
- при трансфузии резус-положительных тромбоцитов;
- при внутриматочных процедурах (амниодренирование, внедрение шунта, эмбриоредукция, лазер);

дородовое кровотечение вне зависимости от срока беременности;
наружный акушерский поворот плода на головку (включая попытку);
при редукции одного эмбриона после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);

любые абдоминальные травмы (прямая и (или) непрямая, острая и (или) тупая, открытая и (или) закрытая);

при эктопической беременности;

при антенатальной гибели плода.

При резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери, введение иммуноглобулина человека антирезус Rho (D) в 28-30 недель беременности однократно в дозе 250 мкг или 1250 МЕ.

После родов резус положительным ребенком каждой несенсибилизированной RhD (–) отрицательной женщине, после информированного согласия, введение внутримышечно 1250 МЕ или 250 мкг не позднее 72 часов после родов;

Специфическая профилактика резус сенсибилизации анти – резус Rho(D) иммуноглобулином каждой несенсибилизированной RhD – отрицательной женщине снижает число сенсибилизированных женщин.

Профилактические мероприятия: переливание крови с учетом резус-фактора; сохранение первой беременности и введение анти-резус Rho (D) иммуноглобулина при вышеперечисленных состояниях являются гарантией предупреждения рождения детей с гемолитической болезнью новорожденных.

108. 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 и проведением мультидисциплинарного консилиума.

109. Заместитель руководителя организации здравоохранения проводит осмотр пациентов ОАРИТ не менее двух раз в день: в начале рабочего дня и перед окончанием рабочего дня. При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания кратность проводимых осмотров зависит от динамики тяжести состояния.

Заместитель руководителя обеспечивает кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждых трех часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.

110. Госпитализация беременных осуществляется в зависимости от показаний для госпитализации беременных в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, по уровням регионализации перинатальной помощи согласно приложению 4 к настоящему Стандарту.

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

112. В структуре МО первого уровня регионализации перинатальной помощи организуются: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, палаты интенсивной терапии для новорожденных, клиничко-диагностическая лаборатория, предусматриваются специализированные палаты для оказания медицинской помощи в стационарных условиях беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с вероятным инфицированием коронавирусной инфекцией и клиническими проявлениями других видов инфекций .

113. Организации второго уровня регионализации перинатальной помощи предназначены для женщин при неосложненной беременности, преждевременных родах в сроках гестации от 32 недель и более, а также для беременных, рожениц и родильниц, имеющих умеренные риски реализации перинатальной патологии и показания согласно показаниям для госпитализации беременных в МО, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, по уровням регионализации перинатальной помощи, приведенных в приложении 4 к настоящему Стандарту.

114. В структуре МО второго уровня регионализации перинатальной помощи организуются, кроме подразделений с базовым оснащением: индивидуальные родильные палаты, отделение для совместного пребывания матери и ребенка, отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, системами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), куветы, а также клиничко-диагностическая лаборатория, биохимическая и бактериологическая лаборатория.

Предусматриваются специализированные палаты для оказания медицинской помощи в стационарных условиях беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с вероятным инфицированием коронавирусной инфекцией и клиническими проявлениями других видов инфекций. В штатном расписании для оказания помощи новорожденным предусматривается круглосуточный пост неонатолога.

115. МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи предназначены для госпитализации беременных, рожениц и родильниц при осложненной беременности, с высоким риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами в сроках гестации от 22 до 32 недель, в соответствии с приложением 4 к настоящему Стандарту. Третий уровень оказывает все виды медицинской помощи в стационарных условиях беременным, роженицам, родильницам и новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенным из организации более низкого уровня. Предусматривается специализированное отделение с палатами для оказания медицинской помощи в стационарных условиях беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с вероятным инфицированием коронавирусной инфекцией и клиническими проявлениями других видов инфекций.

116. 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.

117. С началом родовой деятельности факт перевода из отделения патологии беременности фиксируется в медицинской карте стационарного больного, форме № 001/у и оформляется форма учёта родов в соответствии с приказом № ҚР ДСМ – 175/2020.

118. Организации родовспоможения третьего уровня регионализации перинатальной помощи обеспечиваются высококвалифицированным медицинским персоналом, владеющим современными эффективными перинатальными технологиями и оснащены современным лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами, имеет

круглосуточный неонатальный пост, а также организуют: отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение совместного пребывания с матерью, отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, клиничко-диагностическая, биохимическая и бактериологическая лаборатории.

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

120. 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.

121. 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.

122. Решение об определении уровня регионализации МО, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, принимают местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы с учетом кадрового потенциала, оснащенности, доступности, транспортной инфраструктуры.

123. Беременные, родильницы и новорожденные, гинекологические больные, нуждающиеся в оказании высокотехнологических медицинских услуг, направляются в соответствующие МО.

124. Всем родильницам в послеродовом периоде обеспечивается оказание квалифицированной поддержки практики грудного вскармливания по первому требованию ребенка без установления временных промежутков; консультирование родильниц медицинскими работниками о преимуществах

грудного вскармливания, о технике и кратности сцеживания грудного молока ручным способом, проводится визуальная оценка грудного вскармливания для предоставления практической помощи в правильном расположении и прикладывании ребенка к груди матери; обеспечивается постоянная поддержка грудного вскармливания, которую реализуют МО, дружественные к ребенку.

125. Всем родильницам в послеродовом периоде до выписки из МО, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в стационарных условиях, проводится флюорографическое или рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

126. Соблюдаются и выполняются критерии выписки из организации здравоохранения, оказывающей помощь в стационарных условиях:

1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);

2) письменное заявление пациента или ее законного представителя с незавершённым курсом лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;

3) случаи нарушения правил внутреннего распорядка, установленных организацией здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы здоровью и жизни), о чем делается запись в медицинской карте.

127. В день выписки родильниц из стационара проводится осмотр, оценка состояния, консультация о методике исключительно грудного вскармливания, о профилактике осложнений и тревожных признаках, пациенту выдается выписка из медицинской карты по форме, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 (далее – форма № 077/у), в организацию ПМСП, передается выписка из истории родов и сведения о родильнице для активного посещения по фактическому месту проживания в электронном формате на электронный адрес организации ПМСП или в виде телефонного или письменного извещения.

128. Родильнице выдается медицинское свидетельство о рождении по форме № 041/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020 (далее – форма № 041/у), для предоставления через некоммерческое акционерное общество Государственная Корпорация «Правительство для граждан» либо через веб-

портал «электронного правительства» в регистрирующие органы для государственной регистрации рождения ребенка не позднее трех рабочих дней со дня его рождения и получения свидетельства о рождении ребенка.

129. В случае родов вне МО, в том числе и на дому, медицинское свидетельство о рождении оформляется в соответствии с документами, удостоверяющими личность матери, работниками МО родовспоможения, куда она обратилась в первые сутки после родов.

130. В случае рождения ребенка вне МО и отсутствия медицинских документов, подтверждающих факт рождения ребенка, его происхождение устанавливается в соответствии с пунктом 1 статьи 47 Кодекса Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье» в судебном порядке.

131. Организации здравоохранения осуществляют оповещение МО более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы 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 приложению 5 настоящего Стандарта.

132. 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 прибывает на место в течение 5-10 минут (при наличии круглосуточного поста); в течение 30 минут при дежурстве на дому;

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 6 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 медицинской авиации (далее - МБМА);

обеспечивает необходимыми лекарственными средствами, медицинскими изделиями, кровью и ее компонентами для обеспечения лечения критического состояния пациентов;

3) местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы:

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 МО лекарственными средствами, кровью и ее компонентами и медицинским оборудованием первой необходимости;

обеспечивают своевременное проведение дистанционных медицинских услуг;

координируют транспортировку женщин и новорожденных в передвижные медицинские комплексы;

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

координируют и обеспечивают в круглосуточном режиме деятельность областной медицинской авиации;

предоставляют информацию об основных проблемах региона на разбор случаев материнской смертности, по принятию неотложных мер по снижению материнской и младенческой смертности

4) МО республиканского уровня (научные и национальные центры, научно-исследовательские институты, республиканские клиники и центры) обеспечивают:

оказание дистанционных медицинских услуг и направление квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи в форме медицинской 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;

высокотехнологичную медицинскую помощь (далее - ВТМП);

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 организацию, определяемой уполномоченным органом;

представляют анализ ситуации по регионам ежемесячно к 5 числу, следующим за отчетным в уполномоченный орган.

133. 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 МО.

134. 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.

135. Основанием для оказания медицинской помощи беременным, родильницам, роженицам в форме медицинской авиации с использованием воздушного транспорта является наличие показаний для лечения в МО областного и республиканского уровня по профилю (без согласования с предварительным уведомлением принимающей МО).

136. Беременные, роженицы, родильницы перевозятся в сопровождении бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП) в санитарном автотранспорте или воздушном транспорте в сопровождении МБМА с привлечением квалифицированных специалистов.

137. В случаях определения специалистами бригады СМП или МБМА невозможности транспортировки в связи с тяжестью состояния пациента в МО более высокого уровня, медицинская помощь оказывается по месту нахождения пациента с привлечением квалифицированных специалистов из МО третьего уровня регионализации перинатальной помощи и (или) республиканского уровня.

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

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

140. Бригада СМП или МБМА обеспечивается Минимальным перечнем оснащения для транспортировки беременных, рожениц и родильниц в соответствии с приложением 7 к настоящему Стандарту.

141. Специалисты бригады СМП или МБМА обеспечивают ведение медицинской документации, отражающей мониторинг состояния во время транспортировки женщины, обеспечивают ведение медицинской документации в соответствии с формами учетной медицинской документации в области здравоохранения, утвержденными приказом № ҚР ДСМ-175/2020, в том числе

обеспечивают ведение Протокола транспортировки беременной, роженицы и родильницы согласно приложению 8 к настоящему Стандарту и предоставляют его в медицинскую организацию при госпитализации и в региональный филиал медицинской авиации.

Глава 5. Рекомендуемый штат работников организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь

142. Штаты организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь населению, за исключением организаций являющихся государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205 /2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 21679).

Глава 6. Рекомендуемое оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь

143. Основное рекомендуемое оснащение медицинскими изделиями организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года 3 ҚР ДСМ – 167 /2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21560) (далее – приказ № ҚР ДСМ – 167/2020), с текущей потребностью согласно заявкам организаций здравоохранения.

144. При оказании экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям, проведения профилактических осмотров и приема больных в амбулаторных условиях выездные бригады оснащаются следующими необходимыми для работы на месте инвентарем, медицинским оборудованием, набором инструментов, лекарственными средствами:

- 1) одноразовые гинекологические наборы для проведения осмотров женщин;

- 2) предметные стекла;
- 3) пульсоксиметры;
- 4) тонометры;
- 5) термометры;
- 6) экспресс-анализатор мочи;
- 7) экспресс-анализатор определения уровня глюкозы в крови;
- 8) портативные аппараты для ультразвукового исследования;
- 9) фетальный кардиомонитор;
- 10) переносной электрокардиограф;
- 11) наборы для проведения контрацепции;
- 12) рефлексный молоточек;
- 13) транспортный аппарат искусственной вентиляции легких;
- 14) портативный кардиомонитор;
- 15) кислородный концентратор;
- 16) инфузионный шприцевой насос (перфузор и (или) дозатор);
- 17) электрический отсос;
- 18) ручной аппарат для искусственной вентиляции легких (мешок Амбу);
- 19) реанимационные наборы: ларингоскоп, интубационные трубки, батарейки для ларингоскопа, воздуховоды;
- 20) аспирационные катетеры: СН № 14, № 16, № 18;
- 21) набор для приема родов;
- 22) наборы (укладки) для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии и шоке в пластиковых чемоданах с перечнем лекарственных средств и медицинских изделий для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии и анафилактическом шоке согласно приложению 1 к настоящему Стандарту, набор для реанимации новорожденных, электронные весы для новорожденных, транспортный кузов.

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

**Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для оказания
экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой
преэклампсии, эклампсии и анафилактическом шоке**

1. Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для оказания
экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях

- 1) раствор натрия хлорида 0,9% по 500 мл с держателями – 4 флакона;
- 2) окситоцин – 1 упаковка;
- 3) мизопростол – 2 упаковки;
- 4) шприцы по 5,0 – 5 штук, по 10,0 – 5 штук;
- 5) система для крови – 2 штуки;
- 6) система для инфузии – 3 штуки;
- 7) вазофиксы №№14 – 16 – 2 штуки;
- 8) стерильные перчатки №7-8 – 6 пар;
- 9) тегадерм или лейкопластырь;
- 10) жгут;
- 11) спирт 70% – 1 флакон;
- 12) стерильные ватные тампоны;
- 13) одноразовые спиртовые салфетки – 5 – 6 штук;
- 14) катетер Фоллея №№ 20 – 22 – 1 штука;
- 15) груша (для отсасывания слизи);
- 16) стерильный шпатель (для открытия ротовой полости);
- 17) мешок Амбу;
- 18) кислород;
- 19) стерильный воздуховод (резиновый);

- 20) тонометр;
- 21) фонендоскоп;
- 22) мешок для сбора мочи – 1 штука;
- 23) набор инструментов для осмотра родовых путей и ушивания разрывов;
- 24) шовный материал (викрил, тикрил) – 2 – 3 штуки.

2. Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для оказания экстренной медицинской помощи при тяжелой преэклампсии, эклампсии:

- 1) магния сульфат 25% по 5 мл – 5 упаковок;
- 2) раствор натрия хлорида 0,9% 400 мл – 1 флакон;
- 3) система для инфузии – 2 штуки;
- 4) шприцы 20,0 мл. – 4 штуки, 5,0 мл. – 2 штуки;
- 5) нифедипин – 1 упаковка;
- 6) стерильные перчатки №7,8 – 6 пар;
- 7) спирт 70% – 1 флакон;
- 8) стерильные ватные тампоны;
- 9) одноразовые спиртовые салфетки – 5 – 6 штук;
- 10) вазофиксы №№14 – 16 – 2 штуки;
- 11) катетер Фоллея №№20 – 22 – 1 штука;
- 12) мешок для сбора мочи – 1 штука;
- 13) тегадерм или лейкопластырь;
- 14) жгут;
- 15) стерильный шпатель (для открытия ротовой полости);
- 16) груша (для отсасывания слизи);
- 17) мешок Амбу;
- 18) кислород;
- 19) стерильный воздуховод (резиновый);

20) тонометр;

21) фонендоскоп.

3. Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для оказания экстренной медицинской помощи при анафилактическом шоке:

1) раствор натрия хлорида 0,9% 500 мл – 1 флакон;

2) преднизолон 30 мг №3 – 2 упаковки;

3) эпинефрин – 1 упаковка;

4) система для инфузии – 2 штуки;

5) стерильные перчатки №7,8 – 6 пар;

6) шприцы 2,0; 5,0; 10,0; 20,0 – по 5 штук;

7) спирт 70% – 1 флакон;

8) стерильные ватные тампоны;

9) жгут;

10) одноразовые спиртовые салфетки – 5 – 6 штук;

11) груша (для отсасывания слизи);

12) мешок Амбу;

13) кислород;

14) стерильный воздуховод (резиновый);

15) тонометр;

16) фонендоскоп;

17) тегадерм или лейкопластырь;

18) вазофиксы №16 – 2 штуки;

19) катетер Фоллея №№ 20-22 – 1 штука;

20) мешок для сбора мочи – 1 штука;

21) стерильный шпатель (для открытия ротовой полости);

Примечание: перечень лекарственных средств и медицинских изделий для оказания экстренной медицинской помощи при акушерских кровотечениях, тяжелой преэклампсии, эклампсии и анафилактическом шоке на уровне

первичной медико-санитарной помощи должны находиться в специальных пластиковых укладках «чемоданах» из обрабатываемого материала. Укладки должны быть мобильными, размещены в удобном и доступном месте, рядом с процедурным кабинетом (ближайшее к акушерско-гинекологическому отделению) в кабинете первичного приема или фильтра.

Объем оказанной экстренной медицинской помощи пациенту средним медицинским работником фиксируется в листе назначения и наблюдения – с обязательным указанием наименования лекарственного препарата, метода введения с указанием дозы, времени введения, частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, пульса и температуры тела пациента.

Приложение 2
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической
помощи в Республике Казахстан

Оценочные листы

для оказания экстренной медицинской помощи при кровотечениях в ранние и поздние сроки беременности, послеродовых кровотечениях, преэклампсии, эклампсии, септических состояниях, сепсисе

Таблица 1. Оценочный лист при кровотечениях в ранние сроки беременности (при оказании ПМСП помощи)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Баллы
				Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	
Оценка акушерского анамнеза	1. Дата последней менструации	5 мин			
	2. Характер менструального цикла				
	3. Наличие вероятных симптомов беременности				
	4. Проводился ли тест на беременность и его результат				
Оценка степени кровопотери	1. Количество крови на прокладке				
	2. Кровь на одежде, ногах и др.				
Оценка и мониторинг общего состояния	1. Частота дыхания				
	2. ЧСС и наполнение пульса АД				
	3. Характер болей в животе				
	4. Симптомы раздражения брюшины				
Действия медицинского персонала	1. Катетеризация периферической вены (катетер №№ 14 или 16)	10 мин			
	2. Инфузия изотонического раствора натрия				
Лечение симптомов шока (при их наличии)	1. Катетеризация 2 периферических вен (катетер №№ 14,16)				
	2. Инфузия изотонического раствора натрия со скоростью 1 л за 15 минут				
	3. Поддерживать АД > 100 мм.рт.ст.				
	4. Увлажненный кислород				
Информирование соответствующего стационара о транспортировке пациента					

	5 мин			
Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи (при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)	15- 20 мин			
Общее количество времени до госпитализации в стационар	35- 40 мин			

16-19 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен полностью (отлично)

10-15 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен не в полном объеме (хорошо)

3-9 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен частично (удовлетворительно)

0-3: объем лечебно-диагностических мероприятий не выполнен (неудовлетворительно)

Примечание:

Основные причины кровотечений при беременности до 22 недель беременности – самопроизвольный аборт; внематочная беременность (до 14 недель); трофобластическая болезнь, травма, патология шейки матки.

Самопроизвольный аборт (выкидыш) сопровождается два основными клиническими симптомами: кровотечение из влагалища, боль внизу живота.

Дифференциальная диагностика самопроизвольного аборта

Угрожающий аборт	1. Незначительное кровотечение из влагалища 2. Боль внизу живота различной интенсивности
Начавшийся аборт	1. Обильное кровотечение из влагалища 2. Боль внизу живота различной интенсивности
Полный аборт	1. Уменьшение кровотечения из влагалища 2. Самопроизвольно стихающая боль внизу живота

Симптомы внематочной беременности

Основные клинические симптомы	Частые симптомы
1. Задержка менструации 2. Боль в животе чаще с одной стороны 3. Кровотечения из влагалища	1. Симптомы раздражения брюшины 2. Снижение АД (систолическое ниже 100 мм рт. ст.) 3. Обмороки 4. Тахикардия 5. Боль под лопаткой

Независимо от причины кровотечения необходимо оценить состояние, установить предполагаемый диагноз, оказать неотложную помощь, информировать стационар и госпитализировать.

При оказании экстренной медицинской помощи при кровотечениях придерживаться клинического протокола диагностики и лечения «Послеродовое кровотечение»:

1) Тонус – нарушение тонуса матки (атония матки):

наружный массаж матки

утеротоники – повторное введение окситоцина 10-20 ЕД в физиологическом растворе 0,9% 500,0 в/в капельно за час с учётом тонуса матки (максимальная доза вводимого окситоцина не более 80 ЕД за 3 часа) и введение простагландинов группы Е (мизопростол в дозе 800-1000 мг ректально однократно) или группы простагландинов F2

бимануальная компрессия матки;

баллонная тампонада матки;

хирургический гемостаз.

2) ткань – при подозрении на остатки последа и его приращении - ревизия полости матки, ручное отделение и удаление задержавшихся частей последа;

3) травма – при разрывах мягких родовых путей, разрыв матки, выворот матки:

осмотр на зеркалах и ушивание разрывов и гематом родовых путей

лапаротомия при разрыве матки

коррекция выворота матки: анестезия, релаксация и репозиция матки в условиях операционной

4) тромбин – наследственные или приобретенная коагулопатия – антифибринолитическая терапия, массивная трансфузия эритроцитарной массы, переливание СЗП, тромбоцитарной массы, концентрата протромбинового комплекса, рекомбинантного VII фактора свёртываемости крови.

В случае возникновения критических ситуаций у женщин следует соблюдать схему оповещения в соответствии с требованиями Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан.

Таблица 2. Оценочный лист при кровотечениях в поздние сроки беременности (при оказание ПМСП помощи)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Баллы
				Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	
Оценка акушерского анамнеза	1. Срок беременности	5 мин			
	2. Паритет родов				
	3. Количество аборт в анамнезе				
	4. Операции на матке				
	5. Врожденные аномалии матки				
Оценка факторов риска	1. Многоплодие				
	2. Предлежание плаценты				
	3. Преэклампсия				
	4. Данные УЗИ при беременности				
Оценка степени кровопотери	1. Количество крови на прокладке				
	2. Кровь на одежде, ногах и др.				
Оценка и мониторинг общего состояния	1. Частота дыхания				
	2. ЧСС и наполнение пульса АД				
	3. Характер болей в животе				
	4. Симптомы раздражения брюшины				
	5. Форма матки				
	6. Состояние плода				
Действия медицинского персонала	1. Катетеризация периферической вены (катетер №№ 14 или 16)	10 мин			
	2. Инфузия изотонического раствора натрия				
Лечение симптомов шока (при их наличии)	1. Катетеризация 2 периферических вен (катетер №№ 14,16)				
	2. Инфузия изотонического раствора натрия со скоростью 1 л за 15 минут				
	3. Поддерживать АД > 100 мм.рт.ст.				
	4. Увлажненный кислород				
Информирование соответствующего стационара о транспортировке пациента		5 мин			

Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи (при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)	15-20 мин			
Общее количество времени до госпитализации в стационар	35-40 мин			

21-26 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен полностью (отлично)

15-20 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен не в полном объеме (хорошо)

3-14 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен частично (удовлетворительно)

0-3: объем лечебно-диагностических мероприятий не выполнен (неудовлетворительно)

Примечание:

Основные причины кровотечений после 22 недель беременности – предлежание плаценты, отслойка плаценты, разрыв матки.

Дифференциальная диагностика кровотечений в поздние сроки беременности

Предлежание плаценты	1. Кровотечение из влагалища различной интенсивности, ярко-красного цвета, возникает внезапно
Отслойка плаценты	1. Боль в животе различной интенсивности. 2. Кровотечение из влагалища разной интенсивности, темного цвета, не всегда отражает объем кровопотери (за счет возможной имбибиции стенок матки) 3. Возможное ухудшение состояния плода
Разрыв матки	1. Кровотечение из влагалища разной интенсивности 2. Боль в животе, особенно в области рубца на матке 3. Ухудшение состояния плода 4. Легко пальпируемые части плода через живот 5. Тахикардия 6. Снижение АД (систолическое ниже 100 мм.рт.ст.) 7. Отсутствие сердцебиения плода

Независимо от причины кровотечения необходимо оценить состояние, установить предполагаемый диагноз, оказать неотложную помощь, информировать стационар и госпитализировать.

Необходимо помнить, что не всегда наружное кровотечение соответствует истинному объему кровопотери. Если объем кровотечения из влагалища

небольшой, но имеются признаки шока, следует предположить внутреннее кровотечение, связанное с отслойкой плаценты или разрывом матки.

Таблица 3. Оценочный лист при послеродовых кровотечениях (при оказании ПМСП помощи)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполненных лечебных мероприятий	Баллы
				Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	
Оценка акушерского анамнеза	1. Дата и время родов	5 мин			
	2. В случае домашних родов -отделился ли послед				
Оценка степени кровопотери	1. Количество крови на прокладке				
	2. Кровь на одежде, ногах и др.				
Оценка и мониторинг общего состояния	1. Частота дыхания				
	2. ЧСС и наполнение пульса				
	3. АД				
	4. Характер болей в животе				
	5. Состояние матки				
Действия медицинского персонала	1. Катетеризация периферической вены (катетер №№ 14 или 16)	10 мин			
	2. Инфузия изотонического раствора натрия				
	3. При домашних родах и наличии последа в полости матки - наложить зажим на пуповину, ввести 10 ЕД окситоцина в/м и попытаться выделить его. После отделения последа сделать наружный массаж матки. Послед доставить в стационар.				
	4. При невозможности отделения последа - транспортировать с последом в полости матки				
	5. Если кровотечение продолжается - выполнить методы временной остановки кровотечения и в таком состоянии транспортировать в стационар				
Лечение симптомов шока (при их наличии)	1. Катетеризация 2 периферических вен (катетер №№ 14,16)				
	2. Инфузия изотонического раствора натрия со скоростью 1 л за 15 минут				
	3. Поддерживать АД > 100 мм.рт.ст.				
	4. Увлажненный кислород				
Информирование соответствующего стационара о транспортировке пациента		5 мин			
Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи (при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)		15-20 мин			

Общее количество времени до госпитализации в стационар	35-40 мин			
--	-----------	--	--	--

17-21 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен полностью (отлично)

12-16 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен не в полном объеме (хорошо)

3-11 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен частично (удовлетворительно)

0-3: объем лечебно-диагностических мероприятий не выполнен (неудовлетворительно)

Примечание:

Послеродовое кровотечение (ПРК) – это клинически значимая кровопотеря, составляющая 500,0 мл и более при родах через естественные родовые пути, 1000 мл и более при операции кесарево сечение.

Различают раннее послеродовое кровотечение – в первые 24 часа после родов. Позднее послеродовое кровотечение – по истечении 24 часов до 42 дней послеродового периода.

Причины раннего послеродового кровотечения:

оставшиеся фрагменты плаценты;

атония матки;

разрыв матки и родовых путей, выворот матки;

ранее существовавшие или приобретенные нарушения свертывания крови;

наиболее частой причиной является атония матки.

Причины позднего послеродового кровотечения:

остатки плацентарной ткани;

метроэндометрит.

Независимо от причины кровотечения необходимо оценить объем кровопотери, общее состояние, установить предполагаемый диагноз, оказать неотложную помощь, информировать стационар и госпитализировать.

Техника наружного массажа матки

1. Ладонью обхватить дно матки через брюшную стенку	4. Если массаж эффективен - матка станет плотной и уменьшится в размере
2. Слегка массировать и сжимать матку, чтобы она начала сокращаться	5. Может понадобиться продолжить массаж несколько минут
3. Во время этого могут выделяться сгустки крови	

Методы временной остановки кровотечения


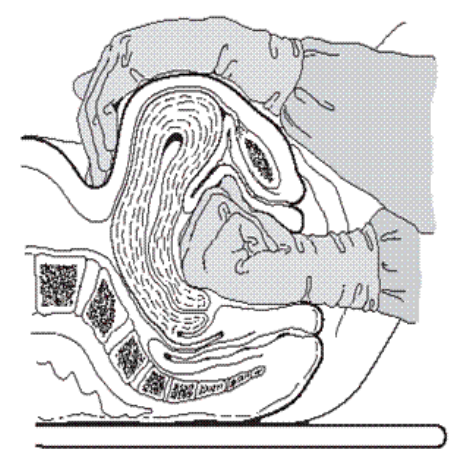
Сдавление брюшной аорты	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надавить кулаком через брюшную стенку над пупком и немного левее пупка 2. Другой рукой пальпировать пульс на бедренной артерии 3. Если пульс прощупывается, то давление, оказываемое кулаком, недостаточно
Бимануальная компрессия матки	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак. 2. Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки. 3. Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище. 4. Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится, и матка не начнет сокращаться или не начнется операция.

Таблица 4. Оценочный лист при гипертензивных состояниях – преэклампсии и эклампсии (при оказание ПМСП помощи)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Баллы
				Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	
Оценка угрожающих симптомов	1. АД \geq 160/110 мм рт.ст	15 мин			
	2. Головная боль				

	3. Нарушение зрения			
	4. Боль в эпигастральной области			
	5. Боль в правой верхней части живота, тошнота, рвота			
	6. Подергивание мышц или тремор			
	7. Олигурия			
Катетеризация вены	1. Максимальное количество вводимой жидкости 85 мл/час!			
Профилактика судорог	1. Стартовая доза: 5 г сухого вещества (20 мл 25% р-ра) в/в медленно в течении 10-15 минут			
	2. Поддерживающая доза: 1-2 г в час сухого вещества сульфата магния при помощи шприца-дозатора (со скоростью 4-8 мл/час).			
Гипотензивное лечение	1. Если АД \geq 160/110 мм рт.ст- нифедипин 10 мг каждые 20 минут	5 мин		
Оценка состояния плода	1. Аускультация сердечных сокращений плода (норма 110-160 уд\мин			
Информирование соответствующего стационара о транспортировке пациента		5 мин		
Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи (при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)		15-20 мин		
Общее количество времени до госпитализации в стационар		35-40 мин		

12-15 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен полностью (отлично)

8-11 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен не в полном объеме (хорошо)

3-7 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен частично (удовлетворительно)

0-3: объем лечебно-диагностических мероприятий не выполнен (неудовлетворительно)

Примечание:

При каждом обращении беременной женщины при оказании ПМСП необходимо измерять артериальное давление. Во время измерения АД пациент находится расслабленной, отдохнувшей в положении полусидя или сидя, лежа на боку. Манжетку должна быть подходящего размера, соответствовать окружности плеча пациента, и размещаться на плече на уровне сердца. Для подтверждения диагноза процедуру необходимо повторить несколько раз. Достаточно измерения

на одной руке. Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова (появление), а диастолического - по V тону (прекращение).

Обнаружив АД 160/110 мм рт.ст. или выше, женщину необходимо транспортировать в стационар в экстренном порядке.

Оказывая помощь при гипертензии при беременности, необходимо:

1. Проводить профилактику судорог.
2. Проводить гипотензивное лечение.

Профилактика судорог.

Сульфатом магния: катетеризируйте периферическую вену (№14 – 16G) и начните введение:

Стартовая доза магния сульфат 25% 20,0 мл (5 г сухого вещества) в/в медленно в течении 10-15 минут.

Подключите систему с поддерживающей дозой магния сульфат.

Поддерживающая доза: 80 мл 25 % раствора сульфата магния в 320 мл 0,9% раствора натрия хлорид (физиологического раствора), вводить внутривенно с учётом скорости введения 11 капель/ минуту – 1 г в час сухого вещества сульфата магния/ час при тщательном контроле АД и ЧСС.

Скорость введения препарата можно увеличить до 2 г сухого вещества под контролем уровня магния в крови.

Продолжительность непрерывного внутривенного введения сульфата магния в течение 12-24 часов (1-2 г в час). Поддерживающие дозы в зависимости от уровня АД и стабилизации.

Гипотензивное лечение.

Проводится при умеренной гипертензии (АД 140 – 159/90 – 109 мм.рт.ст.) и при тяжелой гипертензии (АД 160/110 мм рт.ст. и выше), согласно клинического протокола диагностики и лечения «Артериальной гипертензии у беременных».

Нужно избегать резкого снижения АД, так как это может ухудшить маточно-плацентарную перфузию и состояние плода. Диастолическое АД нужно поддерживать в пределах 90-100 мм рт.ст.

Срочная коррекция АД:

нифедипин 10 мг внутрь каждые 20 минут.

Плановая коррекция АД:

метилдопа 250 – 500мг 2 – 4 раза в день, максимальная суточная доза 2 г;

нифедипин 10 – 20 мг до 4 раз в день. Средняя суточная доза 40-90 мг в 1 – 2 приёма, максимальная суточная доза 120 мг.

Таблица 5. Оценочный лист при септических состояниях, сепсисе (при оказание ПМСП помощи)

Компоненты действий медицинского персонала	Критерии оценки состояния и лечебные мероприятия	Время (мин)	Затраченное время по факту (мин)	Объем выполнен. лечебных мероприятий	Баллы
				Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	
Оценка акушерского и соматического анамнеза	1. Срок беременности	10 мин			
	2. Дата и место родов				
	3. Метод родоразрешения				
	4. Время появления симптомов				
	5. Проведенное лечение				
Оценка и мониторинг общего состояния	1. Температура	10 мин			
	2. ЧСС и наполнение пульса				
	3. АД				
	4. Частота дыхания, аускультация легких				
	5. Характер болевого синдрома				
	6. Симптомы раздражения брюшины				
	7. Состояние молочных желез				
	8. Состояние матки				
	9. Характер выделений из половых путей				
Действия медицинского персонала	1. Определить профиль стационара госпитализации	10 мин			
Лечение симптомов шока (при их наличии)	1. Катетеризация 2 периферических вен (катетер №№ 14,16)				
	2. Инфузия изотонического раствора натрия со скоростью 1 л за 15 минут				
	3. Поддерживать АД > 100 мм.рт.ст.				
	4. Увлажненный кислород				
Информирование соответствующего стационара о транспортировке пациента		5 мин			
Транспортировка в ближайший стационар специализированной помощи (при наличии симптомов шока - с включенными проблесковыми маячками и сиреной)		15-20 мин			
Общее количество времени до госпитализации в стационар					

	40-45 мин			
--	-----------	--	--	--

17-22 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен полностью (отлично)

12-16 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен не в полном объеме (хорошо)

3-11 баллов: объем лечебно-диагностических мероприятий выполнен частично (удовлетворительно)

0-3: объем лечебно-диагностических мероприятий не выполнен (неудовлетворительно)

Примечание:

Основные причины септических состояний и сепсиса в акушерстве являются – пиелонефрит, пневмония, септический аборт, а также гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде – мастит, метроэндометрит после кесарева сечения или послеродовый метроэндометрит, абсцесс (флегмона) послеоперационной раны.

Дифференциальная диагностика септических состояний во время беременности и в послеродовом периоде

Симптомы	Вероятный диагноз	Профиль стационара госпитализации
1. Высокая температура и (или) озноб 2. Дизурия 3. Увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию 4. Боль в надлобковой области, животе и пояснице 5. Отсутствие аппетита 6. Тошнота/рвота	Острый пиелонефрит	До 30 недель - терапевтический После 30 недель и в послеродовом периоде - акушерский стационар
1. Высокая температура 2. Одышка 3. Кашель с мокротой 4. Боль в груди 5. Уплотнение легочной ткани 6. Осиплость голоса 7. Частое дыхание 8. Хрипы/ свисты	Пневмония	До 30 недель - терапевтический После 30 недель и в послеродовом периоде - родильный дом
1. Высокая температура	Септический аборт	Отделение экстренной гинекологии

<ul style="list-style-type: none"> 2. Зловонные или гнойные выделения из влагалища в первые 22 недели беременности 3. Болезненная матка 4. Боль внизу живота 5. Симптомы раздражения брюшины 6. Затяжное кровотечение 		
<ul style="list-style-type: none"> 1. Высокая температура/ озноб 2. Боль внизу живота 3. Гнойные, «зловонные» выделения из влагалища 4. Болезненная матка 5. Влагалищное кровотечение различной интенсивности 6. Шок 	Послеоперационный или послеродовой метроэндометрит	Акушерский стационар
<ul style="list-style-type: none"> 1. Подъем температуры / озноб 2. Боль внизу живота 3. Отсутствие перистальтических шумов 4. Положительные симптомы раздражения брюшины 5. Вздутие живота 6. Отсутствие аппетита 7. Тошнота/ рвота 8. Шок 	Перитонит после родоразрешения	Акушерский стационар
<ul style="list-style-type: none"> 1. Подъем температуры/озноб 2. Болезненность и напряжение молочной железы 3. Покраснение, сегментарное уплотнение груди 	Мастит	Акушерский стационар
<ul style="list-style-type: none"> 1. Подъем температуры/озноб 2. Необычная болезненность послеоперационной раны с кровянистыми, серозными или гнойными выделениями иногда затвердевшие раны 3. Эритема и отек, выходящие за края раны 	Серома, абсцесс или флегмона послеоперационной раны	Акушерский стационар

Независимо от причины септического состояния (сепсиса) необходимо оценить состояние, установить предполагаемый диагноз, оказать неотложную помощь, определить профиль стационара госпитализации, информировать стационар и госпитализировать.

Примечание: оценочные листы для оказания экстренной медицинской помощи при кровотечениях в ранние и поздние сроки беременности, послеродовых кровотечениях, преэклампсии, эклампсии, септических состояниях, сепсисе используются при проведении внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг.

Приложение 3
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республики Казахстан

**Алгоритм забора, маркировки, доставки образца крови
беременной женщины**

Забор крови производится при наличии заполненного вкладного листа «Направление крови на биохимический генетический скрининга» формы № 097/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020. Все пункты заполняются корректно и разборчиво.

Забор крови проводится в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь беременным женщинам, в срок с 11 недель по 13 недель 6 дней с первого дня последней менструации.

Забор крови производится при наличии данных ультразвукового скрининга первого триместра, который проводится беременной женщине за 1 – 3 календарных дней до забора крови на анализ материнских сывороточных маркеров.

Забор крови проводится натошак в одноразовую вакуумную пробирку с разделительным гелем или одноразовую пробирку вакуумного типа с активатором сгустка, без применения антикоагулянтов при свободном ее течении через иглу, избегая гемолиза в объеме не менее 5 мл, или при заборе крови на сухие пятна крови проводится с использованием фильтровальной бумаги, предназначенной для забора крови на анализ материнских сывороточных маркеров, и контактно-активируемого ланцета. При контакте с фильтровальной бумагой используются стерильные перчатки.

Номер на пробирке с кровью или фильтровальной бумаге с пятнами крови беременной женщине присваивается в соответствии с номером на бланке направления.

После забора крови пробирку аккуратно (без встряхивания) переворачивают 5 – 6 раз для полного смешивания крови с реагентами, оставляют при комнатной температуре на 30 – 60 минут до образования сгустка, затем центрифугируют 10 минут при 1500 – 2000 оборотах в минуту. Пробирки с гелем центрифугируют не

позднее, чем через 2 часа после взятия крови. Сыворотку аккуратно отделяют пипеткой или переливают в специальный чистый эппендорф (объемом не менее 1,5 мл) с маркировкой пробирки, совпадающей с номером бланка-направления.

При заборе крови на сухие пятна крови:

протереть место прокола среднего или безымянного пальца 70% этиловым спиртом, дождаться полного высыхания места прокола;

при помощи стерильного ланцета сделать надрез/прокол, убрать первую небольшую каплю крови стерильной ватой и опустить руку вниз, чтобы увеличить приток крови;

подождать пока сформируется большая капля крови без сдавливания пальца и коснуться ее фильтровальной бумагой без прижимания к пальцу, прикладывать бумагу так, чтобы за один прием выступившее количество крови пропитало фильтровальную бумагу насквозь и полностью закрыло или пропитало обозначенную окружность;

пропитывание каждого кружка фильтровальной бумаги выполняется только при однократном прикладывании с одной стороны фильтровальной бумаги, таким образом заполнить кровью все кружки на фильтровальной бумаге;

стерильной спиртовой салфеткой протереть палец, прижать стерильной спиртовой салфеткой и держать до полной остановки крови.

Фильтровальную бумагу с пятнами крови разместить и высушить горизонтально на чистой сухой неабсорбирующей поверхности, избегая соприкосновения и перекрывания пятен крови, при комнатной температуре не менее 3 часов вдали от источников тепла, прямого солнечного света и потоков воздуха. После сушки образцы сухих пятен крови собрать и упаковать без соприкосновения сухих пятен крови в бумажный водонепроницаемый и устойчивый к надрыву конверт для последующей отправки в медицинскую организацию второго этапа пренатального скрининга. До отправки образцы сухих пятен крови хранить в сухом прохладном месте, не в холодильнике.

В медицинскую организацию второго этапа пренатального скрининга доставляются образцы сывороток в термоконтейнере с хладэлементом при температуре плюс 2° – 8° 0С, образцы сухих пятен крови без соблюдения температурных режимов в течение 36 часов после забора крови с заполненными

вкладными листами по форме № 097/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ – 175 /2020, с сопроводительным письмом на бумажном и (или) электронном носителе. Каждый образец сыворотки или сухого пятна крови беременной женщины сопровождается заполненным вкладным листом «Направление крови на биохимический генетический скрининг» формы № 097/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

В медицинской организации второго этапа пренатального скрининга фиксируется дата прибытия каждого образца крови беременной женщины. Срок выдачи результата анализа материнских сывороточных маркеров не превышает 3 календарных дней после прибытия образца крови беременной женщины в медицинскую организацию второго этапа пренатального скрининга.

Образцы сывороток или сухих пятен крови, забор которых произведен с нарушениями сроков, правил забора, доставки, хранения, с отсутствием правильно заполненного бланка-направления, в медицинской организации второго этапа пренатального скрининга не анализируются с уведомлением направившей медицинской организации первого этапа в день поступления образца сыворотки или сухого пятна крови.

Медицинская организация первого этапа пренатального скрининга после получения уведомления незамедлительно организует повторный забор крови беременной женщины и повторную отправку образца крови с соблюдением всех правил и сроков забора крови.

При наличии индивидуального генетического риска 1:150 и выше медицинская организация второго этапа пренатального скрининга в день получения результата комбинированного теста первого триместра передает дополнительно информацию о беременной женщине высокого риска в направившую ее медицинскую организацию первого этапа пренатального скрининга. Медицинская организация второго этапа пренатального скрининга хранит образцы сывороток беременных женщин в условиях морозильной камеры при температуре минус 20° С и фильтровальные бланки с сухими пятнами крови при комнатной температуре в прохладном сухом темном месте в течение 2 последующих лет или до получения информации об исходе родов и утилизирует их согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям к сбору, использованию, применению, обезвреживанию, доставке, хранению и захоронению отходов производства и потребления, утвержденным приказом

исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-331/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, использованию, применению, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов производства и потребления» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21934).

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

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

1 уровень с учетом укомплектованности кадрами и оснащенности медоборудованием	2 уровень с учетом укомплектованности кадрами и оснащенности медоборудованием	3 уровень с учетом укомплектованности кадрами и оснащенности медоборудованием
<p>с 37 недель беременности:</p> <p>ложные схватки, срочные роды;</p> <p>преждевременный разрыв плодных оболочек;</p> <p>гестационная гипертензия легкая; хроническая артериальная гипертензия легкая; умеренная анемия; некурабельные врожденные пороки развития плода, в том числе множественные, хромосомные заболевания у плода; врожденные пороки развития плода, не требующие хирургического лечения сразу после рождения; при наличии квалифицированных специалистов, владеющих оперативной техникой - тазовое предлежание плода; одна операция кесарево сечение/миомэктомия в анамнезе без патологии и осложнений; антенатальная гибель плода; аномалии развития органов малого таза, деформация костей таза.</p>	<p>с 32 недель беременности: ложные схватки; преждевременные роды в сроке 32-36 недели;</p> <p>преждевременный разрыв плодных оболочек;</p> <p>гестационная гипертензия более 32 недель;</p> <p>хроническая артериальная гипертензия более 32 недель;</p> <p>преэклампсия в сроке с 32 недель;</p> <p>тяжелая анемия;</p> <p>гестационный сахарный диабет компенсированный;</p> <p>тазовое предлежание плода;</p> <p>экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии и субкомпенсации;</p> <p>антенатальная гибель плода; аномалии развития органов малого таза, деформация костей таза;</p>	<p>с 22 недель беременности:</p> <p>ложные схватки; преждевременные роды в сроках 22-32 недели; преждевременный дородовый разрыв плодных оболочек; гестационная гипертензия в сроке до 32 недель хроническая артериальная гипертензия до 32 недель; преэклампсия в сроке до 32 недель; эклампсия; тяжелые декомпенсированные экстрагенитальные заболевания;</p> <p>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 ВРТ (многоплодная); многоплодная беременность с нарушением внутриутробного состояния плода/плодов; многогрозавшие; маловодие, многоводие с нарушением состояния плода; задержка внутриутробного развития плода; врожденные пороки развития плода, требующие оперативного вмешательства и интенсивной терапии сразу после рождения; врожденные пороки развития плода, требующие хирургического</p>

один и более операции кесарево сечение в анамнезе в сочетании и (или) без сопутствующей патологии и осложнений; доброкачественные новообразования матки и придатков больших размеров или множественные; резус-иммунизация без признаков гемолитической болезни плода;

антенатальная гибель плода;

переносимая беременность;

беременность, индуцированная вспомогательная репродуктивная технология (далее – ВРТ) (одноплодная);

многоплодная беременность при удовлетворительном внутриутробном состоянии плодов;

многоплодные;

маловодие, многоводие при удовлетворительном состоянии плода;

аномалии развития органов малого таза, деформация костей таза;

задержка внутриутробного развития плода;

некурабельные врожденные пороки развития плода, в том числе множественные, хромосомные заболевания у плода;

врожденные пороки развития плода, не требующие хирургического лече-



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 26.08.2021
Сақтау күні 02.09.2021
Дата редакции 26.08.2021
Дата скачивания 02.09.2021

ния сразу после рождения.

Приложение 5
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи

**Перечень критических состояний беременных, рожениц и родильниц,
подлежащих оповещению**

1. Критические состояния — это состояния беременной, роженицы или родильницы в течение 42 дней после родов/аборт с явными признаками угрозы жизни.

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 (рН <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 $PAO_2/FiO_2 < 200$);

3) дисфункция почек: олигурия, не отвечающая на прием жидкостей или диуретиков, диализ при острой почечной недостаточности, тяжелая острая азотемия (креатинин ≥ 300 ммоль/мл или $\geq 3,5$ 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 ммоль/л или $> 6,0$ мг/дл);

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

Приложение 6
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан

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

№	Наименования	Данные пациента
1.	Наименование медицинской организации	
2.	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (далее – Ф.И.О.) пациента	
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. (при его наличии)), должность, контактный телефон	

Приложение 7
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан

Минимальный перечень оснащения и медицинских изделий для
транспортировки беременных, рожениц и родильниц

К минимальному перечню оснащения и медицинских изделий для транспортировки беременных, рожениц и родильниц относятся:

- 1) рефлексный молоточек;
- 2) транспортный аппарат искусственной вентиляции легких;
- 3) портативный кардиомонитор;
- 4) кислородный концентратор;
- 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 8
к Стандарту организации оказания
акушерско-гинекологической помощи
в Республике Казахстан

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)

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 пациента: _____ /
_____ /

Врач, принявший пациента _____ /
_____ /

Приложение 2 к приказу

Перечень приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, признанных утратившими силу

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16854).

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 июля 2019 года № ҚР ДСМ-102 «О внесении изменений и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №18990).

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 декабря 2019 года № ҚР ДСМ-149 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19751).

4. Приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 июня 2020 года № ҚР ДСМ-67/2020 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 апреля 2018 года № 173 «Об утверждении Стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения

Республики Казахстан» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
нормативных правовых актов под № 20872).