

Приказ

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

(с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.12.2022 г.)

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 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.

Пункт 2 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № КР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

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 объемах 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, новорожденных 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 определенном заболевании или состоянии пациента;

18) консилиум – исследование лица в целях установления диагноза, определения тактики лечения и прогноза заболевания с участием не менее трех 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;
- 30) индивидуальная родильная палата – оборудованное помещение с санузлом для проведения родов для одной роженицы, в которой родильница с новорожденным находится до выписки из стационара;
- 31) партнерские роды – присутствие и участие в родах лиц по желанию роженицы с целью создания комфортности родов;
- 32) партограмма – таблица для записи информации о развитии родов и состоянии женщины и плода в родах, которая является ключевым инструментом для профилактики и лечения затяжных родов и их осложнений. Партограмма ведется в реальном времени на бумажных носителях и находится у кровати роженицы/родильницы в течении 24 часов с момента начала родовой деятельности;

33) прегравидарная подготовка – комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары.

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

Пункт 3 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № КР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

3. Медицинская помощь беременным, роженицам, родильницам и женщинам (в том числе с инвалидностью) вне беременности во всех возрастных группах в организациях здравоохранения предоставляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан "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;
- 6) 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.

Пункт 16 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

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 Министерства 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 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 10 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 специфические антигены и антитела гепатитов: гепатит В и 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, при наличии показаний на инфекции, передаваемые половым путем, бактериологическое исследование средней порции мочи (бак посев мочи), бактериоскопия мазка из влагалища на степень чистоты, мазок на онкоцитологию, при наличии клинических показаний микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антибиотикам. Направляет супруга или полового партнера (партнеров) беременной женщины на обследование на наличие ВИЧ-инфекции однократно, при постановке беременной на учет, согласно приказу 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);

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 (далее – ЭКГ), по показаниям эхокардиограмму (далее – ЭхоКГ), ультразвуковое исследование (далее – 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 ЖФВ и из медицинских информационных систем о течении предыдущих беременностей, родов и ранее выявленных соматических заболеваниях;

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

17) данные опроса и обследования женщины, назначения врач акушер-гинеколог вносит в индивидуальную карту беременной и родильницы по форме № 077/у (далее – форма № 077/у), утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, в бумажном и/или 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 приемно-диагностические отделения медицинских организаций 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 миллиграмм 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.

Пункт 18 изложен в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

18. В течение трех рабочих дней со дня постановки беременной на учет по беременности участковая медицинская сестра и (или) медицинский брат, акушерка и (или) акушер на основе универсально-прогрессивной модели патронажа проводит дородовой патронаж – универсальный пакет услуг для беременных в МО при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Для выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка патронажное наблюдение на дому беременных, новорожденных проводится на основе универсально-прогрессивной модели.

При универсально-прогрессивной модели патронажа наряду с обязательными плановыми посещениями (универсальный подход), проводятся дополнительные патронажи по индивидуальному плану (прогрессивный подход) для беременных, новорожденных и детей, нуждающихся в особой поддержке, в связи с наличием медицинских или социальных рисков для жизни, здоровья или развития ребенка.

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.

Пункт 23 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

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 трехкратного 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 резус – принадлежность плода у резус-отрицательных женщин в сроке с 9 недель по 13 недель молекулярно – генетическим методом исследования венозной крови;

при выявлении резус-отрицательного фактора крови у плода дальнейшее обследование беременных женщин на наличие титра антител в крови и специфическая профилактика, введение антирезус Rho (D) иммуноглобулина не проводятся;

при выявлении резус-положительного фактора крови у плода, 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 сроке 28-30 недель беременности однократно в дозе 250 микрограмм или 1250 Международных единиц (далее – МЕ);

после родов резус положительным ребенком каждой несенсибилизированной RhD – отрицательной женщине, после получения информированного согласия, назначает введение иммуноглобулина человека антирезус Rho (D) внутримышечно 250 микрограмм или 1250 МЕ в течение 72 часов;

при обнаружении в крови беременной резус-антител, акушер-гинеколог обеспечивает обязательное наблюдение ее как иммунизированной и назначает определение титра антиэритроцитарных антител у изоиммунизированной 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, выдается справка о временной нетрудоспособности по форме № 027/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности с целью официального признания нетрудоспособности беременной женщины и ее временного освобождения от выполнения трудовых обязанностей на период заболевания проводится в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс);

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

Беременным студентам, военнослужащим для освобождения от занятий физической культуры врачебно-консультативной комиссией выдается справка по форме № 026/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).

Пункт 24 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

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 анатомическими 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 выше) после проведения комбинированного теста первого триместра;

наличие возрастного фактора женщины 37 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;

6) 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 настоящим Стандартам;

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 № КР 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 в региональный "Центр охраны плода", с целью определения показаний для повторного проведения ультразвукового исследования плода, расширенной эхокардиографии, нейросонографии 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", профильными узкими специалистами 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 выше) врачом по специальности "Акушерство и гинекология" назначается консультация врача по специальности "Медицинская генетика" для решения вопроса о проведении ИПД;

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.

Пункт 29 изложен в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

29. Индивидуальная карта беременной и родильницы по форме № 077/у, утвержденной приказом № ҚР ДСМ-175/2020, ведется в бумажном и/или в электронном формате, в медицинской информационной системе (далее – МИС) врачом акушером-гинекологом, врачом общей практики (далее – ВОП) или средним медицинским работником.

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

Пункт 31 изложен в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

31. Патронажи беременных и родильниц осуществляются участковыми терапевтами, педиатрами, ВОП, акушерками и медицинскими сестрами и (или) братьями.

При патронажном посещении беременной женщины медицинский работник:

- 1) выясняет у беременной женщины наличие или отсутствие жалоб, измеряет артериальное давление, осматривает на наличие отеков и признаков анемии;
- 2) оценивает настроение (наличие депрессии), безопасность домашней обстановки и условий жизни, гигиену помещения и личную гигиену, факторы риска беременности;
- 3) информирует о физических и психических изменениях, связанных с беременностью, о вредных последствиях стресса при беременности, курения и употребления наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- 4) дает рекомендации по сбалансированному питанию, контролю веса, физической активности, соблюдению гигиены полости рта, соблюдению личной гигиены;
- 5) информирует беременную женщину и ее семью о тревожных признаках беременности, когда необходимо немедленно обратиться к врачу;
- 6) консультирует по вопросам подготовке к родам, как подготовить комнату, место, предметы ухода и одежду для новорожденного, основному уходу за новорожденным, значению исключительно грудного вскармливания и технике грудного вскармливания.

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).

Пункт 34 изложен в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

34. При смене беременной места жительства дальнейшее наблюдение осуществляется врачом, фельдшером или акушеркой/акушером 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 медицинских организациях по месту прибытия беременной телефонограммой и на электронную почту с указанием точных паспортных данных, индивидуального идентификационного номера, адреса прибытия, контактов беременной и ее родственников.

МО по адресу, куда переехала беременная женщина, обеспечивает ее временное прикрепление, осуществляет постановку на учет по беременности на любом сроке беременности и предоставляет медицинскую помощь в полном объеме.

Пункт 35 изложен в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

35. В сроке беременности 30 недель врач акушер-гинеколог обеспечивает комплекс обязательного повторного обследования: общий анализ крови, 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 приказу № ҚР ДСМ-211/2020, общий анализ мочи, микроскопическое исследование материала из влагалища на степень чистоты (при наличии показаний), 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. Исключен в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

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, утверждённых 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.

Пункт 55 изложен в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 07.12.22 г. № ҚР ДСМ-156 (введен в действие с 24 декабря 2022 г.)

55. Ежегодное обследование ЖФВ участковым врачом акушер-гинекологом, ВОП, терапевтом проводится для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет согласно приказу Министерства 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).

Оказание медицинской помощи ЖФВ осуществляется по алгоритму:

1) ежегодно 1 января на основании данных регистра прикрепленного населения и регистра диспансерных больных в организациях здравоохранения ПМСП терапевтами, ВОП формируются списки ЖФВ участка;

2) медицинская сестра участка приглашает на прием к ВОП, терапевту ЖФВ с сохраненной репродуктивной функцией. Все ЖФВ, впервые обратившиеся к любому специалисту ПМСП направляются к участковым терапевтам, ВОП и акушер-гинекологам;

3) участковым терапевтом, ВОП, акушер-гинекологом ежегодно проводится обследование ЖФВ (сбор анамнеза, объективный и гинекологический осмотр, осмотр молочных желез и области щитовидной железы, определяется соотношение массы тела к росту, назначается микрореакция, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, электрокардиограмма, флюорография). При наличии показаний назначаются дополнительные обследования и консультации профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия на диспансерный учет;

4) оказание медицинской помощи ЖФВ с хроническими заболеваниями осуществляется в организациях ПМСП и консультативно-диагностической помощи в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-109/2020 "Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21262);

5) предотвращение осложнений, обострений заболевания и осуществление медицинской реабилитации женщинам с хроническими заболеваниями медицинская помощь оказывается путем динамического наблюдения в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

6) порядок организации оказания медицинской помощи ЖФВ с хроническими заболеваниями осуществляется в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-149/2020;

7) ЖФВ с хроническими и вновь выявленными заболеваниями медицинскую помощь оказывают специалисты ПМСП: участковые ВОП, терапевты, средние медицинские работники (участковая медицинская сестра или фельдшер), при наличии показаний привлекаются профильные специалисты, социальные работники в области здравоохранения, психологи и специалисты кабинетов здорового образа жизни;

8) участковые терапевты, ВОП и акушер-гинекологи по результатам обязательного обследования каждую женщину определяют к одной из групп динамического наблюдения ЖФВ, согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту;

9) приглашение на обследование, патронаж ЖФВ осуществляется медицинскими работниками ПМСП (участковыми терапевтами, ВОП, фельдшерами, акушерками, медицинскими сестрами). Консультирование о необходимости и методах планирования семьи осуществляется всеми медицинскими работниками ПМСП (в том числе профильными специалистами);

10) медицинская документация амбулаторного пациента ведется согласно формы № 052/у, утвержденной приказом № КР ДСМ-175/2020. Медицинские карты амбулаторных пациентов маркируются в правом верхнем углу титульного листа с указанием одной из подгрупп ЖФВ динамического наблюдения 1А (1Б), 2А (2Б, 2В), 3А (3Б), 4А (4Б) и 5 группы социального риска, согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту;

11) ЖФВ 2, 3, 4, 5 групп динамического наблюдения согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту с впервые выявленными заболеваниями регистрируются для обеспечения диспансерного наблюдения и лечения. Наблюдение их осуществляется участковым врачом терапевтом, ВОП и акушер-гинекологом, согласно стандартам в области здравоохранения, утвержденным в соответствии с подпунктом 32) статьи 7 Кодекса и клиническим протоколам диагностики и лечения, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2020 года № КР ДСМ-188/2020 "Об утверждении правил разработки и пересмотра клинических протоколов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21637);

12) на уровне ПМСП, амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) тактика ведения групп динамического наблюдения ЖФВ осуществляется согласно приложению 3-2 к настоящему Стандарту;

13) ЖФВ подгрупп динамического наблюдения 1А, 2А, 3А, 4А согласно приложению 3-1 к настоящему Стандарту, включаются в группу активного наблюдения, согласно приложению 3-2 к настоящему Стандарту;

14) участковые терапевты, ВОП и акушер-гинекологи выявляют женщин, имеющих экстрагенитальные и гинекологические заболевания и назначают лечение до достижения результата выздоровления или стойкой ремиссии, в соответствии с рекомендациями клинических протоколов диагностики и лечения, обеспечивают прегравидарную подготовку за 6 месяцев до планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности и родов для матери и ребенка;

15) прегравидарная подготовка женщин включает:

подробный сбор анамнеза, в том числе эпидемиологического анамнеза;

осмотр терапевта, врача общей практики, стоматолога, акушера-гинеколога, офтальмолога;

общий клинический анализ крови, общий анализ мочи;

биохимические анализы крови;

обследование на RW (реакция Вассермана), ВИЧ-инфекция с предварительным дотестовым консультированием и получением информированного согласия;

ЭКГ;

УЗИ органов малого таза, почек по показаниям;

© Материал из ЭС «ACTUALIS: Медицина»
medruk.mcfi.kz
Дата печати: 05.11.2024