

**Положение
о деятельности организаций
здравоохранения, оказывающих
акушерско-гинекологическую
помощь.**

*Выполнила: Абатова Э.Б
722-ВОП*

Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в следующих АПО:

1) организации первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП):
поликлиника (городская, районная, сельская);
врачебная амбулатория, фельдшерско-акушерский пункт, медицинский пункт;

2) организации здравоохранения, оказывающие консультативно-диагностическую помощь (далее - КДП):
консультативно-диагностические центры/ поликлиники.

3. В организациях здравоохранения ПМСП доврачебная и квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения по охране репродуктивного здоровья женщин оказывается врачами общей практики, участковыми терапевтами/педиатрами, фельдшерами, акушерами и медицинскими сестрами.

В организациях здравоохранения КДП специализированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения по охране репродуктивного здоровья женщин оказывается врачами акушер-гинекологами и другими специалистами.

4. Режим работы государственных и негосударственных АПО, оказывающих гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

Основные функции:

- 1) диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин «по факторам риска»;
- 2) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родильных домов, профильные лечебные учреждения с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;
- 3) направления беременных, рожениц, родильниц для получения специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи (далее - ВСМП) в медицинские организации республиканского уровня;
- 4) проведения дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, предоставления возможности посещения родовспомогательного учреждения беременными женщинами, в котором планируются роды, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;
- 5) проведения патронажа беременных и родильниц;
- 6) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;
- 7) обследования женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением узких специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;
- 8) в зависимости от уровня репродуктивного и соматического здоровья женщины включаются в группы динамического наблюдения для своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;
- 9) организации и проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;
- 10) обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в стационарозамещающих условиях;
- 11) выявления и обследования гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации;

- 12) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- 13) выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;
- 14) обеспечения преемственности взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных;
- 15) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- 16) оказания медико-социальной, правовой и психологической помощи;
- 17) повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан;
- 18) внедрения в практику современных безопасных диагностических и лечебных технологий, мер профилактики и реабилитации больных с учетом принципов доказательной медицины;
- 19) выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции;
- 20) проведения мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, подготовке к материнству, грудному вскармливанию, планированию семьи, профилактике аборт и инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и других социально-значимых болезней;
- 21) проведения анализа показателей работы акушерско-гинекологических подразделений (кабинета), статистического учета, оценки эффективности и качества медицинской помощи, разработки предложений по улучшению акушерско-гинекологической помощи;
- 22) проведения образовательной работы с населением, врачами и акушерками в следующих формах: индивидуальные и групповые беседы, лекции, витражи, публикации в печатных и электронных средствах массовой информации (телевидение, радио и интернет). Проведение образовательной работы осуществляется совместно с центрами формирования здорового образа жизни. Учет проделанной работы ведется в журнале регистрации информационно-образовательной работы медицинской организации по [форме 038-1/у](#), утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения», зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697 (далее - Приказ МЗ РК № 907).

-

Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

- При первом обращении женщины по поводу беременности и при желании сохранить ее, врачу акушер-гинекологу необходимо:
- тщательно ознакомиться с анамнезом, выяснить наличие у родственников социально значимых заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и др.), многоплодной беременности, рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;
- обратить внимание на перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;
- изучить особенности репродуктивной функции;

При ведении беременности необходимо обеспечить:

- первоначальный комплекс обязательного лабораторного обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови и резус-фактор, кровь на реакцию Вассермана, HBsAg (гепатит В), вирус иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) с информированного согласия пациентки);
- бактериоскопию мазка на степень чистоты - по показаниям;
- исследование крови на сывороточные генетические маркеры для исключения хромосомных болезней и врожденных аномалий плода проводить в сроках 10-13 недель 6 дней и 16-20 недель 6 дней;
- трехкратный скрининг ультразвукового исследования (далее - УЗИ) в сроках 10-14, 20-22, 32-34 недель беременности;
- осмотр участкового терапевта (ВОП) при первом посещении, в сроке беременности 30 недель и по медицинским показаниям. В случае медицинских показаний участковый терапевт (ВОП) направляет беременную к профильным специалистам, при наличии экстрагенитальной патологии беременные подлежат диспансеризации;
- направление беременной в школу по подготовке к родам;
- персонифицированное ведение регистра беременных с внесением в него всех результатов лабораторно-диагностических исследований и консультаций.
- 9. Все данные опроса и обследования женщины, а также назначения и советы записываются в индивидуальную карту беременной и родильницы и в обменно-уведомительную карту беременной по [формам № 111/у](#), № 113/у, утвержденным приказом МЗ РК № 907 при каждом посещении.

После получения результатов обследования:

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

- невынашиванию;
- развитию преэклампсии, эклампсии;
- задержке развития плода;
- обострению экстрагенитальных заболеваний;
- кровотечению;
- разрыву матки;
- развитию гнойно-септических осложнений;
- врожденному пороку развития и хромосомной патологии у плода;

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

- В [форме № 111/у](#) врач или акушерка отражает состояние женщины во время каждого визита, заполняет гравидограмму (графическое отображение высоты дна матки) при каждом посещении, начиная со срока 20 недель. При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается ростовой показатель беременной в зависимости от характера телосложения (подсчитать индекс массы тела). Необходимо вести учет пациенток с отклонениями в индексе массы тела.
- [Форма № 111/у](#) хранится в кабинете каждого врача акушера-гинеколога в картотеке. Форма № 113/у выдается беременной при первом посещении и находится у нее на руках в течение всей беременности для предъявления по месту наблюдения и в другие медицинские организации.
- В картотеке отдельно выделяются карты беременных, подлежащих патронажу, находящихся на стационарном лечении, временно выбывших и родивших.
- Беременные женщины, не явившиеся на прием в течение 3 дней после назначенной даты подлежат патронажу на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой, которая должна иметь при себе тонометр и стетоскоп. Данные о результатах патронажного посещения заносятся акушеркой в форму № 111/у и форму № 113/у. По показаниям - патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом.
- К патронажу беременных с факторами риска привлекаются участковые терапевты, врачи общей практики, участковые педиатры и медицинские сестры.

- Вопрос о возможности вынашивания беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии, определяется комиссионно врачебно-консультативной комиссией территориальной поликлиники в соответствии с [Правилами](#) проведения искусственного прерывания беременности, утвержденными приказом МЗ РК от 30 октября 2009 года за № 626, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5864.
- 18. Врач акушер-гинеколог и акушерка осуществляют контроль за своевременной госпитализацией беременной женщины.
- 19. Беременные с акушерскими осложнениями госпитализируются в отделение патологии беременности организации родовспоможения с учетом принципов регионализации перинатальной помощи. При наличии экстрагенитальных заболеваний осуществляется госпитализация беременных в специализированные отделения по профилю.
- 20. Беременные, не требующие круглосуточного наблюдения, направляются в дневной стационар по показаниям.
- 21. Врач акушер-гинеколог выдает беременным справки перевода на легкую и не связанную с профессиональными вредностями работу согласно врачебного заключения о переводе беременной на другую работу по [форме 084/у](#), утвержденной приказом МЗ РК № 907.

Перевод на легкую и не связанную с профессиональными вредностями работу осуществляется при любом сроке беременности в соответствии с врачебным заключением и трудовым законодательством.

- 22. Врач акушер-гинеколог выдает листы временной нетрудоспособности по беременности, родам в соответствии с действующим законодательством.
- 23. Листы нетрудоспособности регистрируются в книге регистрации листков нетрудоспособности по [форме № 036/у](#), утвержденной приказом МЗ РК № 907. Беременным учащимся для освобождения от занятий выдаются справки с сохранением корешка в книге справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию ([форма № 095/у](#)).

Комплекс обязательного повторного обследования в сроке 30 недель включает: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ с информированного согласия пациента, бактериоскопическое исследование мазка содержимого влагалища на степень чистоты. Необходима повторная консультация терапевта, консультация других специалистов - по показаниям.

- 25. Обследованию на ВИЧ экспресс - тестом, с последующим обследованием в твердофазном иммуноферментном анализе (далее - ИФА), подлежат беременные поступившие:
 - в организации родовспоможения без 2-х кратного обследования на ВИЧ-инфекцию или обследованные однократно - более 3 недель до поступления на роды;
 - на роды с неизвестным ВИЧ-статусом;
 - на роды без обменной карты.
- 26. Предполагаемый метод и уровень родоразрешения определяется до срока 36-37 недель беременности.

- Доплерометрия сосудов фетоплацентарного комплекса и другие функциональные методы диагностики (кардиотокография, определение биофизического профиля) плода проводятся беременным - по показаниям.
- 28. В случае смены беременной места жительства необходимо ее дальнейшее наблюдение у врача или акушерки по месту фактического проживания. Запись об отъезде беременной фиксируется в медицинской документации ([форма № 111/у](#) и форма № 113/у).
- 29. Медицинское обслуживание родильниц в домашних условиях (патронаж) после неосложненных родов проводится акушеркой или медицинской сестрой в первые трое суток после выписки ее из акушерского стационара. При осложненном течении послеродового периода патронаж проводит врач.
- Активному патронажу также подлежат родильницы по сведениям родовспомогательных стационарных организаций (телефонное или письменное извещение) при осложненном течении послеродового периода.

- Выписка из истории родов, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильницы заносятся в [форму 111/у](#).
- 34. Все формы № 111/у до конца послеродового периода (42 дня) хранятся в специальной ячейке картотеки «родильницы». По окончании послеродового периода в форме № 111/у оформляется послеродовый эпикриз с указанием метода контрацепции и даты флюорографии.
- 35. Все родильницы в послеродовом периоде до выписки из родильного дома проходят флюорографическое обследование органов грудной клетки.
- 36. Диспансеризация родильниц с факторами риска, после осложненных родов, оперативных вмешательств, перинатальных потерь проводится в течение одного года по месту прикрепления беременности совместно с профильными специалистами.

Оказание гинекологической помощи

- Организация амбулаторно-поликлинической гинекологической помощи населению предусматривает проведение мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, раннему их выявлению, диспансерному наблюдению, оказанию лечебной и реабилитационной помощи гинекологическим больным, направление для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.
- 38. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется при приеме женщин, обратившихся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет), в том числе и по поводу беременности, осмотре женщин в смотровых кабинетах организаций ПМСП, проведении профилактических осмотров женщин.
- 39. На каждую женщину, впервые обратившуюся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет), заводится медицинская карта амбулаторного пациента по [форме № 025/у](#), утвержденной приказом МЗ РК № 907.

Все данные обследования женщины, манипуляции и операции, назначения и советы записываются врачом акушер-гинекологом в медицинскую карту амбулаторного пациента ([форма № 025/у](#)).

- 42. При обращении женщина осматривается врачом акушером-гинекологом с обязательным цитологическим и бактериоскопическим исследованием мазков - по показаниям, исследованием крови на RW. Осмотр и пальпация молочных желез проводится у всех пациенток, обратившихся в акушерско-гинекологическое отделение (кабинет).
- 43. В случае выявления гинекологического заболевания на профилактическом осмотре женщине назначается лечение по месту жительства.
- 44. При установлении окончательного диагноза решается вопрос о лечении и диспансерном наблюдении за больной, согласно клинических протоколов диагностики и лечения. На каждую женщину, подлежащую диспансерному наблюдению, заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения по [форме № 030/у](#), утвержденной приказом МЗ РК № 907.

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

- Больной, которой показано стационарное лечение, выдается направление на госпитализацию, плановым больным направление выдается через Портал бюро госпитализации. Акушеркой участка делается запись в медицинскую карту амбулаторного пациента ([форма № 025/у](#)) о фактической госпитализации женщины. После выписки больной из стационара врачом акушер-гинекологом отделения (кабинета) принимаются во внимание рекомендации врача гинекологического отделения. Сведения из выписки медицинской карты стационарного больного переносятся в медицинскую карту амбулаторного пациента ([форма № 025/у](#)). Выписка остается у больной.
- 50. Для предупреждения абортов у женщин необходим индивидуальный подбор и обучение по использованию современных методов контрацепции. При наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний и других состояний, при которых вынашивание беременности и роды угрожают здоровью и жизни женщины, а также при тяжелых наследственных заболеваниях, необходим подбор постоянного эффективного метода контрацепции.