

ПРИКАЗ №325 от 07.05.2010 г.
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ
ИНСТРУКЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН»

- К организациям первого уровня относятся родильные отделения при центральных районных больницах (ЦРБ).**
- К организациям второго уровня относятся городские и областные родильные дома, родильные отделения при крупных многопрофильных городских и областных больницах.**
- К организациям третьего уровня относятся областные и городские перинатальные центры, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.**



ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **1. Настоящая Инструкция по совершенствованию регионализации перинатальной помощи в РК разработана в соответствии с Планом краткосрочных мероприятий МЗ РК, а также в целях повышения доступности и качества оказания перинатальной помощи.**
- **Переход на критерии живорождения мертворождения, рекомендованные ВОЗ, предусматривает внедрение в практику родовспоможения высокоэффективных международных технологий, реализация которых предполагает проведение регионализации перинатальной помощи.**



- 2. Регионализация – это распределение родовспомогательных медицинских организаций в масштабах области по трем уровням оказания перинатальной стационарной помощи женщинам и новорожденным в соответствие со степенью риска течения беременности и родов.**
- 3. Целью регионализации является улучшение качества и доступности перинатальной помощи за счет рационального использования возможностей существующей системы родовспоможения.**
- 4. Система оказания помощи по принципу регионализации подразумевает разумное и эффективное распределение медицинских услуг между медицинскими организациями охраны материнства и детства.**
- 5. Каждая область должна разработать свою схему регионализации с учетом географической доступности, кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций.**



ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ:

- 1) осуществить учет родовспомогательных организаций, ревизию, имеющихся в них ресурсов (кадровых и материально-технических, в том числе транспортную систему), оценить и определить их мощность, распределить их по уровням перинатальной помощи с четким определением задач и объемов медицинской помощи;**
- 2) составить картографирование зоны обслуживания – на географической карте региона четко обозначить:**
 - площадь региона (кв.км), наименование районов, городов и расстояния между ними (кв.м);**
 - количество родильных домов (отделений), специализированных отделений для новорожденных, уровень оказания ими перинатальной помощи, количество коек и родов, при необходимости другие медицинские организации;**



- **3) провести прогнозируемый расчет ожидаемых потоков транспортируемых пациентов в родовспомогательные организации 2 и 3 уровня местными органами управления здравоохранения;**
- **4) на региональном уровне и на уровне каждой медицинской организации, участвующей в оказании перинатальной помощи разработать четкие алгоритмы действий для каждого конкретного состояния по взаимодействию, транспортировке, оповещению и другие.**
- **При расчете ожидаемых потоков транспортируемых пациентов учитывать прогнозируемое количество родов, число преждевременных и осложненных родов и рождение тяжелых новорожденных. Число беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в переводе на соответствующий уровень медицинской организации в среднем составляет 20 на 1000 родов.**



- ▣ **6. Плановая госпитализация беременных в родовспомогательные медицинские организации осуществляется по направлению медицинского работника ПМСП в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов) с учетом свободного выбора беременной в соответствии с уровнем необходимой перинатальной помощи.**
- ▣ **7. Госпитализация беременных в отделения патологии беременности родовспомогательных медицинских организаций осуществляется по направлению ПМСП в соответствии с разделом 3 приложения к настоящей Инструкции.**
- ▣ **8. Перевод беременных, рожениц, родильниц в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня (при отсутствии противопоказаний для транспортировки) осуществляется консультативно-транспортной службой в соответствии с разделом 2 приложения к настоящей Инструкции.**



- **9. Беременные со сроком гестации до 30 недель, родильницы и женщины в постабортном периоде с экстрагенитальной патологией при наличии медицинских показаний и отсутствии акушерских осложнений госпитализируются в профильные соматические отделения стационара.**
- **В ходе наблюдения и лечения беременных в профильном отделении необходимо оценить тяжесть течения заболевания, при необходимости комиссионно решить вопрос о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности с учетом риска для жизни матери и плода.**
- **При отсутствии возможности лечения экстрагенитального заболевания женщины на региональном уровне необходимо комиссионно решить вопрос о переводе пациентки в профильные медицинские организации республиканского уровня (при отсутствии противопоказаний для транспортировки) в порядке установленным уполномоченным органом в области здравоохранения.**
- **10. Беременные, родильницы и новорожденные, нуждающиеся в оказании высокоспециализированной помощи, направляются в республиканские организации в порядке установленным уполномоченным органом в области здравоохранения.**



2. УРОВНИ И ОБЪЕМ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

▣ ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:

- 11. Организации первого уровня предназначены для женщин с неосложненной беременностью и срочными физиологическими родами.**
 - 12. В случае поступления беременных и рожениц на уровень, не соответствующий степени риска необходимо обеспечить её перевод в соответствующую родовспомогательную организацию согласно принципам регионализации.**
- При возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для осуществления перевода беременных и новорожденных.**



ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ

- ▣ **13. При невозможности перевода непрофильных беременных, рожениц на первом уровне необходимо проводить профилактику, прогнозирование, диагностику угрожающих состояний у плода и новорожденного, своевременно решить вопрос о методе родоразрешения, оказать комплекс первичной реанимационной помощи ребенку при рождении или при возникновении неотложных состояний. Проводить интенсивную и поддерживающую терапию до возможности перевода на более высокий уровень, а также выхаживание недоношенных детей со стабильными функциями дыхания и кровообращения, если их масса превышает 2000,0 грамм.**
- ▣ **14. Организации первого уровня, помимо базового оснащения, должны иметь в наличии оборудование для реанимации женщин и новорожденных, палаты интенсивной терапии с оборудованием.**



ВТОРОЙ УРОВЕНЬ

- 15. Организации второго уровня предназначены для женщин с не осложненной беременностью и родами, с преждевременными родами при сроке гестации от 34 недель и более, а также беременные, роженицы и родильницы согласно рискам, определенных в разделе 1 приложения к настоящей Инструкции.**
- 16. В случае поступления непрофильных беременных и рожениц необходимо обеспечить перевод в организацию соответствующего уровня, а при возникновении неотложных ситуаций стабилизировать состояние, оценить степень риска и вызвать транспорт «на себя» из роддома более высокого уровня для перевода беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.**



ВТОРОЙ УРОВЕНЬ

- 17. В случае невозможности перевода непрофильной роженицы и рождения больного или с массой тела менее 1500 грамм новорожденного в задачу учреждения второго уровня, кроме перечисленных выше мероприятий, входит проведение адекватной медицинской помощи и интенсивной терапии в соответствии с протоколами, за исключением заболеваний, требующих экстренного хирургического вмешательства.**
- 18. Организации родовспоможения второго уровня, кроме базового оснащения, должны иметь палату реанимации, системами ИВЛ, СРАР - Continuous Positive Airway Pressure (постоянное положительное давление в дыхательных путях), куветы, а также клиническую, биохимическую и бактериологическую лабораторию. В штатном расписании необходимо предусмотреть круглосуточный пост неонатологов.**



ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ

- 19. Организации третьего уровня (перинатальные центры, облбольницы и др.) предназначены для госпитализации беременных, рожениц и родильниц с риском реализации перинатальной патологии, преждевременными родами при сроке гестации 22-33 недели + 6 дней в соответствии с разделом 1 приложения к настоящей Инструкции. В организации данного уровня могут быть также госпитализированы женщины с неосложненной беременностью и родами. Третий уровень оказывает все виды медпомощи беременным, роженицам, родильницам и больным новорожденным, нуждающимся в специализированной акушерской и неонатальной помощи, в том числе недоношенным новорожденным с массой тела 1500,0 грамм и менее, переведенных из организации более низкого уровня.
- 20. Организации родовспоможения третьего уровня должны быть обеспечены высококвалифицированным мед. персоналом, владеющим современными эффективными перинатальными технологиями и оснащены современны лечебно-диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. Должны иметь круглосуточный неонатальный пост, клиническую, биохимическую, бактериологическую лабораторию, отделение реанимации и интенсивной терапии, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.



3. ПОРЯДОК ПЕРЕВОДА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ, РОДИЛЬНИЦ, НОВОРОЖДЕННЫХ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА

- 21. Перевод беременных, рожениц, родильниц, новорожденных осуществляется консультативно-транспортной службой в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня.**
- 22. Консультативно-транспортная служба (КТС) должна быть организована при головной родовспомогательной организации третьего уровня и функционировать круглосуточно. Каждая такая служба должна разработать и утвердить порядок организации работы, штаты, специализированный транспорт и иметь непрерывную систему связи, диспетчерский пункт с четкой организацией системы оповещения и регистрации. При необходимости консультативно-транспортная служба формирует бригаду профильных специалистов. В каждом конкретном случае состав бригады консультативно-транспортной службы формируется на основании совместного решения направляющей и принимающей сторон.**

- 23. Транспортировка беременных, рожениц и новорожденных должна проводиться по принципу «на себя» собственным транспортом КТС. Беременные, роженицы и родильницы перевозятся в спецтранспорте, оснащённом системой обогрева, с обязательным сопровождением персонала КТС (врач, акушерка, водитель-санитар) и др. привлечённых специалистов в случае необходимости. Перевозка новорожденных должна осуществляться в реанимобиле или специализированном транспорте с системой обогрева, транспортным кузовом и аппаратом ИВЛ и обязательным сопровождением обученного медицинского персонала (врач-неонатолог, медицинская сестра, водитель-санитар) и др. привлечённых специалистов в случае необходимости.**
- 24. Ответственность за вызов КТС возлагается на руководителей родовспомогательных организаций I, II уровня, где находится женщина или новорожденный. Перевод определяется лечащим врачом, который связывается с КТС для проведения мероприятий по стабилизации состояния пациента, вариантов транспортировки, подготовки принимающей организации к приёму пациента и оказания незамедлительной помощи без предварительного согласования с руководством принимающей организации. Перед переводом лечащий врач информирует родителей/родственников о причинах перевода и об адресе принимающей организации с записью в медицинской документации и подписью информированной стороны при возможности.**



- ❑ **25. В случаях невозможности перевозки пациента в учреждение более высокого уровня, ему должна быть оказана консультативная помощь и при необходимости оперативное вмешательство на месте.**
- ❑ **26. Медицинская документация (обменная карта беременной, выписка из истории болезни или родов направляющего учреждения) должна быть своевременно подготовлена и отправлена вместе с пациентом. Специалисты КТС несут ответственность за ведение документации, отражающей мониторинг состояния во время транспортировки. Принимающая сторона обязана зафиксировать время первого обращения и запись консультанта (отразить причину обращения, оценить тяжесть состояния и рекомендации). Ответственность за пациента во время транспортировки несут специалисты КТС до момента госпитализации в стационар.**
- ❑ **27. Пациент, госпитализированный КТС, должен быть немедленно осмотрен врачом (консилиумом) принимающей организации.**



- **28. Персонал КТС должен иметь достаточный объем знаний и опыта, владеть методами реанимации и интенсивной терапии женщин и новорожденных в условиях транспортировки и проводить следующие мероприятия:**
- **ЖЕНЩИНЕ:**
- **1) проводить мониторинг АД, ЧСС, ЧД, t° тела, сатурации кислорода, состояния матки, глубоких сухожильных рефлексов, ЧСС плода**
- **2) проводить инфузионную терапию, токолиз**
- **3) купировать гипертензивные и судорожные состояния**
- **4) оказывать помощь при различных неотложных состояниях, в том числе прием родов и реанимационные мероприятия**
- **НОВОРОЖДЕННОМУ:**
- **1) проводить мониторинг t° тела, АД, ЧСС, АД, сатурации кислорода**
- **2) обеспечить мониторинг концентрации O_2 , влажности и t° в транспортном инкубаторе**
- **3) проводить инфузионную терапию с учетом объема, начала и продолжительности терапии**
- **3) обеспечить режим и параметры ИВЛ**
- **4) проводить реанимационные мероприятия**



- **29. Персонал КТС должен уметь пользоваться медоборудованием: транспортный кузов, аппарат ИВЛ, монитор, устройства для инфузионной терапии (перфузоры). Объем помощи должен проводиться в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения.**
- **30. Оборудование и медикаменты, необходимые при транспортировке женщин:**
 - **1) рефлексный молоточек**
 - **2) транспортный аппарат ИВЛ**
 - **3) кардиомонитор**
 - **4) кислородный баллон**
 - **5) перфузор**
 - **6) электрический отсос**
 - **7) мешок для ручной вентиляции**
 - **8) реанимационные наборы для женщин: ларингоскоп, интубационные трубки, батарейки для ларингоскопа, воздуховоды**
 - **9) аспирационные катетеры: №6, 8, 10 Fr**
 - **10) набор для приема родов**
 - **11) бетаметазон, дексаметазон**
 - **12) адреналин, дофамин**
 - **13) магний сульфат, инъекционный фенobarбитал, фенитоин, диазепам**
 - **14) окситоцин**



- **15) токолитики (расслабляющие мускулатуру матки)**
- **16) ампициллин, пенициллин, гентамицин, эритромицин**
- **17) нифедипин**
- **18) физраствор, 5% и 10% глюкоза**
- **19) укладка для остановки кровотечения**



31. ОБОРУДОВАНИЕ И МЕДИКАМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА:

- 1) Инкубатор**
- 2) транспортный аппарат ИВЛ**
- 3) кардиомонитор**
- 4) кислородный баллон**
- 5) перфузор/дозатор**
- 6) электрический отсос**
- 7) кислородные маски двух размеров для недоношенных и доношенных новорожденных**
- 8) реанимационные наборы для новорожденных: ларингоскопы с прямыми клинками для доношенных и недоношенных, интубационные трубки различных размеров, батарейки для ларингоскопа**
- 9) аспирационные катетеры: №6, 8, 10 Fr**
- 10) адреналин, дофамин**
- 11) фенобарбитал, фенитоин, диазепам**
- 12) ампициллин, пенициллин, гентамицин, эритромицин**
- 13) физраствор, 5% и 10% глюкоза**



ПРИЛОЖЕНИЕ

**1. КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
БЕРЕМЕННЫХ В СООТВЕТСТВИЕ С УРОВНЕМ
ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ.**

▣ ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:

- Неосложненная беременность и срочные физиологические роды**



1. КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В СООТВЕТСТВИЕ С УРОВНЕМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ.


□ ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:

- Риск преждевременных родов при сроке 34 недели и более**
- Преэклампсия легкой степени**
- Многоводие**
- Рубец на матке после кесарева сечения/миомэктомии и др. неосложненный**
- Многоплодная беременность от 34 и более недель**
- Беременные с ЭГП в стадии ремиссии**



1. КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В СООТВЕТСТВИЕ С УРОВНЕМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ.

▣ ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ:

- **Риск преждевременных родов при сроке 22-33 недели + 6 дней**
 - **Преэклампсия тяжелой степени**
 - **Эклампсия**
 - **Преждевременная отслойка плаценты**
 - **Акушерские кровотечения**
 - **Острое многоводие**
 - **Задержка внутриутробного развития**
 - **Возраст > 40 лет и < 16 лет в сочетании с акушерской и/или ЭГП**
 - **3 и > операций кесарева сечения или 1 с осложнением в анамнезе**
 - **Многоплодная беременность от 22 недель**
 - **Опухоль матки, миомы (большие, множественные), заболевания придатков в сочетании с беременностью, аномалии тазовых органов, деформация костей таза**
 - **Узкий таз 3-4-й степени**
 - **Беременность после ЭКО с 22 до 34 нед беременности включит-но**
 - **Резус-изоиммунизация**
 - **ВПР плода**
 - **Беременные с ЭГП в суб- и декомпенсации (для решения вопроса перевода в Республиканские учреждения)**
- 

2. ОБЪЕМ И КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

▣ ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ:

- Ведение партограмм**
- Парентеральное введение антибиотиков**
- Парентеральное введение окситоцина**
- Ведение нормальных родов с 37 недель**
- Ручное удаление плаценты и ручное обследование полости матки**
- Инструментальное влагалищное родоразрешение**
- Удаление остатков плаценты, кесарево сечение**
- Переливание крови и её компонентов**
- Оказание первичной реанимации новорожденных и уход за новорожденным**
- Диагностика врожденных пороков, внутриутробной задержки плода, гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, судорог, аспирационного синдрома**
- Ведение новорожденных с гипербилирубинемией**
- Инфузионно-трансфузионная терапия**



2. ОБЪЕМ И КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

□ ВТОРОЙ УРОВЕНЬ:

- Ведение партограмм
- Парентеральное введение антибиотиков
- Парентеральное введение окситоцина
- Ведение родов с 34 недель
- Ведение родов в тазовом предлежании
- Индукция родов
- Ручное удаление плаценты
- Инструментальное влагалищное родоразрешение
- Удаление остатков плаценты, кесарево сечение
- Гистерэктомия при неотложных состояниях
- Переливание крови и её компонентов, инфузионно-трансфузионная терапия
- Оказание первичной реанимации новорожденных и уход за новорожденным
- Катетеризация центральных вен и периферических сосудов
- Диагностика врожденных пороков, внутриутробной задержки плода, гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома, ведение новорожденных с гипербилирубинемией, респираторным дистресс-синдромом, с некротическим энтероколитом, пневмотораксом



2. ОБЪЕМ И КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

▣ ТРЕТИЙ УРОВЕНЬ:


- **Ведение партограмм**
- **Ведение преждевременных родов с 22 недель**
- **Ведение родов через естественные родовые пути после кесарева сечения (с рубцом на матке)**
- **Индукция родов**
- **Ручное удаление плаценты**
- **Инструментальное влагалищное родоразрешение**
- **Удаление остатков плаценты, кесарево сечение**
- **Гистерэктомия при неотложных состояниях**
- **Переливание крови и её компонентов**
- **Оказание первичной реанимации новорожденных и уход за новорожденным**
- **Катетеризация центральных вен и периферических сосудов**
- **Диагностика врожденных пороков, внутриутробной задержки плода, гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома**
- **Ведение новорожденных с гипербилирубинемией, респираторным дистресс-синдромом, с некротическим энтероколитом, пневмотораксом**



- - ведение новорожденных с назофарингиальным постоянным положительным давлением
- Ретинопатия недоношенных, бронхопульмональная дисплазия (СДР-синдром), персистирующая легочная гипертензия новорожденных



3. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ В ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

- ЦЕЛЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**
 - 1) верификация диагноза**
 - 2) уточнение состояния беременной и внутриутробного плода**
 - 3) определение оптимальных сроков и методов родоразрешения**
 - 4) коррекция и подбор базисной терапии при ЭГП, лечение**
 - 5) при необходимости динамический контроль за состоянием внутриутробного плода**
 - 6) проведение токолиза при сроке гестации 22-34 недели**
 - 7) динамическое наблюдение за состоянием беременной и плода, профилактическая антибактериальная терапия при дородовом излитии околоплодных вод при сроках гестации 22-34 недели**
- 

1 УРОВЕНЬ

- **Ложные схватки со структурными изменениями шейки матки при сроке беременности 34-36 недель**
- **Инфекции мочевыводящих путей**




2 УРОВЕНЬ

- Ложные схватки со структурными изменениями шейки матки при сроке беременности 32-36 недель**
- Инфекции мочевыводящих путей**
- Тазовое предлежание плода**
- Анемия тяжелой степени**
- Рубец на матке (1)**
- Многоплодная беременность**
- Преждевременные роды в сроке 34-37 недель**



3 УРОВЕНЬ

- ❑ **Ложные схватки со структурными изменениями шейки матки при сроке беременности 22-32 недели**
 - ❑ **Инфекции мочевыводящих путей**
 - ❑ **Тяжелая экстрагенитальная патология**
 - ❑ **Преэклампсия тяжелой степени**
 - ❑ **Маловодие**
 - ❑ **Многоводие**
 - ❑ **ВЗРП**
 - ❑ **Беременность и режус-иммунизация**
 - ❑ **Дородовое излитие околоплодных вод**
 - ❑ **Преждевременные роды до 32 недель беременности**
 - ❑ **Предлежание плаценты**
 - ❑ **Тазовое предлежание плода**
 - ❑ **Рубец на матке 2 и более**
 - ❑ **Многоплодная беременность**
 - ❑ **Пороки развития плода, которые могут быть скорригированы на данном уровне**
- 

**□ СПАСИБО ЗА
ВАШЕ
ВНИМАНИЕ!**

