**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ**

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ**

**ҚАЗАҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҮЗДІКСІЗ БІЛІМ БЕРУ УНИВЕРСИТЕТІ**

**Ж.К. Ахметова, Ғ.Ж. Билибаева, Т.К. Қудайбергенов, Ф.А. Кусаинова,**

**Р.Қажығаликызы, М.Ш. Шарипова**

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ БОСАНУҒА ДАЙЫНДАУ КЕЗІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІН ТАЛДАУ

Оқу құралы

Алматы

«ҚазМҮББУ»

2020ж.

**УДК 618 (075.8)**

**ББК 57.16я73**

Ж 94

Рецензенттер:

Садуакасова Ш.М.- медицина ғылымдарының кандидаты, С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің акушерия және гинекология кафедрасының доценті

Коркан А.И.- медицина ғылымдарының докторы, Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университетінің акушерия және гинекология кафедрасының профессоры

**Ж.К. Ахметова, Г.Ж. Билибаева, Т.К. Кудайбергенов, Ф.А. Кусаинова,**

**Р.К. Кажигаликызы, М.Ш. Шарипова** Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезіндегі медициналық ұйымдардың қызметін талдау: Оқу құралы. / Ж. К. Ахметова, Г.Ж. Билибаева, Т.К. Кудайбергенов, Ф.А. Кусаинова, Р.К. Кажигаликызы, М.Ш. Шарипова– Алматы: ҚазМҮББУ, 2020. – 102 бет.

"Амбулаториялық акушерия" пәні бойынша "Жүкті әйелдерді босануға дайындау кезіндегі медициналық ұйымдардың қызметін талдау" оқу құралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі бекіткен үлгілік оқу жоспарына және пән бойынша үлгілік оқу бағдарламасына сәйкес келеді.

 Оқу құралы семинар және практикалық сабақтарды өткізу кезінде "Акушерия және гинекология, соның ішінде балалар гинекологиясы" мамандығы бойынша интерндерге, резиденттерге арналған.

 Нұсқаулықта халықтың денсаулығын мемлекеттің демографиялық қауіпсіздігінің құрамдас бөлігі ретінде сипаттайтын материалдар ұсынылған, ана мен бала денсаулығын қорғау саласындағы нормативтік құжаттардың тізімі берілген. Әйелдер халқына амбулаториялық-емханалық медициналық көмекті ұйымдастыру, емдеу-диагностикалық көмекті ұйымдастыру, оның ішінде жүкті әйелдерді амбулаториялық және стационарлық Денсаулық сақтау ұйымдарында босануға дайындау, ана мен бала денсаулығын қорғау қызметінде пайдаланылатын медициналық құжаттама және оны рәсімдеуге қойылатын талаптар ұсынылған.

 Нұсқаулықта әйелдер консультациясы, перзентхана қызметінің көрсеткіштерін есептеу, талдау және бағалау бойынша тест тапсырмалары мен нұсқалары, сондай-ақ ана мен бала денсаулығын қорғау қызметі ұйымдарындағы еңбекке қабілеттілікті сараптау бойынша жеке тапсырмалар бар. Аталған оқу құралының негізгі мақсаты- теориялық білімнің кең көлемін меңгерген, кәсіби міндеттерді табысты шешуге қабілетті, дифференциалды-диагностикалық іздеу жүргізе алатын; медициналық көмекті толық көлемде көрсете алатын; жүктілік және босану кезінде әйелдің өмірі мен денсаулығын сақтау бойынша барлық қажетті алдын алу және оңалту іс-шараларын жүргізе алатын жоғары білікті дәрігер маман акушер-гинеколог даярлау болып табылады.

**ISBN 978-601-7830-33-5**

Алматы қаласы, «ҚазМҮББУ», 2020жыл

|  |  |
| --- | --- |
|  МАЗМҰНЫҚолданылған қысқартулар тізімі..............................................................................Кіріспе…….………………………............................................................................  | 56 |
| 1. Жүкті әйелдерге босануға дайындық кезінде медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмекті ұйымдастырудың қазіргі мәселелері ............................. | 6 |
| 2. Мемлекеттің халық денсаулығы және демографиялық қауіпсіздігі.................  | 16 |
| 3. Қазақстан Республикасының ана мен бала денсаулығын қорғау саласында нормативтік-құқықтық құжаттары........................................................................... | 18 |
| 4. Ана мен бала денсаулығын қорғау қызметінің ұйымдық құрылымы.............. | 21  |
| 4.1. Денсаулық сақтау басқармасының бас акушер-гинекологының міндеттері.................................................................................................................... 4.2. Перинаталдық көмек көрсету деңгейлері.........................................................5. Әйелдерге амбулаториялық-емханалық медициналық көмекті ұйымдастыру..............................................................................................................5.1. Әйелдер консультациясының міндеттері.........................................................5.2. Әйелдер кеңесінің тіркеу бөлімінің міндеттері...............................................5.3. Учаскелік дәрігер акушер-гинекологтың функционалдық міндеттері.........5.4. Әйелдер консультациясында аурулардың алдын алу жұмыстарын ұйымдастыру..............................................................................................................5.5. Жүкті әйелдерге амбулаториялық-емханалық жағдайда медициналық көмекті ұйымдастыру................................................................................................5.6. Жүктілікті жоспарлаған отбасыларға медициналық-генетикалық сараптама жүргізу үшін кеңес беру көрсеткіштері.................................................5.7. Жүктіліктің қолайсыз нәтижесінің "қауіп" факторлары.................................5.8. Әйелдер арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша жұмыс..........................................................................................................................5.9. Ауыл тұрғындарына амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету.............................................................................................................5.10. Әйелдер консультациясы қызметінің көрсеткіштері....................................6. Акушерлік-терапиялық-педиатриялық кешен жұмысын ұйымдастыру..........6.1 АТП кешендерінің қалыптасу принциптері......................................................6.2. АТП кешеннің құрылымы.................................................................................6.3. АТП бірлестіктерін комплекстеу түрлері.........................................................7. Денсаулық сақтаудың стационарлық ұйымдарында жүкті әйелдерге емдеу-диагностикалық көмекті ұйымдастыру..................................................................7.1. Перзентханаларда медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру..................7.2. Акушерлік стационардың міндеттері мен функциялары...............................7.3. Босандыру бөлімшелері меңгерушісінің міндеттері.......................................7.4. Дәрігер–ординатордың міндеттері....................................................................7.5. Босандыру бөлімшелері акушерінің міндеттері..............................................7.6. Перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейі бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсеткіштер........................7.7. Акушерлік стационар қызметінің көрсеткіштері............................................8. Босанудың оң тәжірибесін қамтамасыз ету үшін интранатальды кезеңде күтім жасау бойынша ДДСҰ ұсынымдарының жалпы тізімі................................Тест сұрақтары...........................................................................................................Қолданылған әдебиеттер........................................................................................... | 212123252728293337373839414445454547474852545658596572101 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АГК  | –  | ҚОЛДАНЫЛАТЫН ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІАкушерлік-гинекологиялық көмек  |
| АҚҚ  | –  | Артериалды қан қысымы |
| АМСК | – | Алғашқы медико-санитарлық көмек |
| АТПК  | –  | Акушерлік-терапиялық-педиатриялық кешен  |
| АІИ  | –  | Ауруханаішілік инфекция  |
| АИТВ | –  | Адамның иммунтапшылық вирусы |
| БДД | – | Босануға дейінгі дайындық |
| ДКК  | –  | Дәрігерлік-кеңестік комиссия |
| УЖЖ  | –  | Уақытша жұмысқа жарамсыздық  |
| ДДСҰ  | –  | Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы  |
| ТДА | –  | Туа біткен даму ақаулары  |
| ДЕ  | –  | Диспансерлік есеп  |
| ӘК  | –  | Әйелдер кеңесі  |
| ӘРЖ  | –  | Әйелдердің репродуктивті жүйесі  |
| СӨС | –  | Салауатты өмір салты  |
| ОДМ | – | Орнықты даму мақсаты |
| ЖЖБИ  | –  | Жыныс жолдарымен берілетін инфекциялар |
| ЕБК | –  | Емдеу-бақылау кеңесі |
| КДК | – | Консультативтік-диагностикалық көмек |
| ДДК |  | Дәрігерлік-консультативтік комиссия |
| МКС  | –  | Медициналық көмектің сапасы |
| ЕЖҚ  | –  | Еңбекке жарамсыздық парағы |
| ЕМС | – | Ерікті медициналық сақтандыру |
| ЕАҰ | –  | Емдеу-алдын алу ұйымы |
| ҚР ДСМ  | –  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі |
| АХЖ-10  | –  | Аурулар мен денсаулыққа байланысты проблемалардың халықаралық статистикалық жіктелуі, Х қайта қарау |
| ТНМ  | –  | Түпкілікті нәтиже моделі |
| ЭЫДҰ | – | Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы |
| МК  | –  | Медициналық көмек  |
| МӘМС | – | Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру |
| МОСК  | –  | Медициналық-оңалту сараптау комиссиясы |
| АӨ  | –  | Ана өлімі  |
| МСБ  | –  | Медико-санитарлық бөлім  |
| МТ  | –  | Медициналық технология  |
| АМСК  | –  | Алғашқы медициналық-санитарлық көмек |
| ФЖӘ |  | Фертильді жастағы әйелдер |
| МҚ  | –  | Медициналық қызметтер  |
| ДСҰ  | –  | Денсаулық сақтау ұйымы |
| ОМГО  | –  | Облыстық медициналық-генетикалық орталығы |
| ҰӘК  | –  | Ұйымдастыру-әдістемелік кабинеті  |
| ЭГП | – | Экстрагениталды патология |

КІРІСПЕ

1. **Жүкті әйелдерге босануға дайындық кезінде медициналық-әлеуметтік-психологиялық көмекті ұйымдастырудың қазіргі мәселелері**

 Жүктілік және босану бойынша алғашқы көмек халықтың денсаулығын қорғаудың кең тәсілінің бөлігі ретінде қарастырылуы мүмкін. Жүкті әйелге алғашқы көмек босанудың сәтті аяқталуына, кейіннен ана мен баланың денсаулығына ықпал етеді.

 Жүктілікке арналған алғашқы көмек сау жүктіліктің барлық жағдайларын жасауға бағытталған. Мұндай бірлескен модельдің мақсаты болашақ аналарға алғашқы көмек алдында тұрған проблемаларды жою болып табылады. Бірлескен модельдің барлық әйелдер үшін ананы қорғау жөніндегі қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру үшін әлеуеті бар.

 Прегравидарлық дайындық (лат. gravida-жүкті, pre-алдыңғы), немесе алдын-ала дайындық (ағылш. conception-тұжырымдама) ерлі - зайыптыларды толыққанды тұжырымдамаға, жүктілікке және сау баланың туылуына дайындауға бағытталған диагностикалық және емдеу-профилактикалық іс-шаралар кешенін қамтиды. Қауіп-қатер факторларын алдын ала тізбектей бағалау және анықталған бұзушылықтарды түзету-акушерлік және перинаталдық асқынуларды: ана мен перинаталдық өлім-жітімді, ана мен неонаталдық сырқаттанушылықты, ұрықтың туа біткен даму кемістіктерінің және хромосомдық ауытқулардың таралуын, өздігінен түсетін түсіктердің және мерзімінен бұрын босанудың жиілігін, сондай-ақ шала туған балалар мен мүгедек балаларды бағып-күтуге және оңалтуға байланысты қоғам үшін әлеуметтік және экономикалық салдарларды төмендетудің ең жақсы дәлелденген тәсілі. 2016ж. "Прегравидарлық дайындық" клиникалық хаттамасы жарияланды, онда отандық және әлемдік дәлелдер базасын зерттеуге негізделген әр түрлі клиникалық жағдайларда ерлі-зайыптыларды жүктілікке дайындау мәселелері бойынша сарапшылардың консенсусы көрсетілген. Қазақстан Республикасында 2012 жылы ҚР ДСМ 3.07.2012 ж. № 452 "БМСК деңгейінде фертильді жастағы әйелдерді тексеру алгоритмі" бұйрығы шығарылды, онда прегравидарлық дайындық алгоритмі әзірленді [6].

 Ынтымақтастық шеңберіндегі алғашқы медициналық көмектің пәнаралық моделін анықтау келесідей: "Модель сапалы күтімді қамтамасыз етуге әрбір кәсіби бірліктің белсенді қатысуына жәрдемдесуге арналған. Ол әйелге бағытталған, әйелдер мен олардың отбасының мақсаттары мен құндылықтарын құрметтейді, медицина қызметкері арасындағы тұрақты қарым-қатынас тетіктерін қамтамасыз етеді, медицина қызметкерінің клиникалық шешімдер қабылдауға қатысуын оңтайландырады (пәндер шегінде және арасында) және барлық пәндердің үлесін құрметтеуге тәрбиелейді"[1].

 Баланың денсаулығы құрсақ ішілік кезеңде қалыптаса бастайды және көбінесе ата-аналардың денсаулығы мен жүктіліктің өтуімен анықталады. Жүктілік алдындағы дайындық-бұл диагностикалық, профилактикалық және емдік шаралар кешені, денені толыққанды тұжырымдамаға дайындау, сау баланы көтеру және тудыру. Жүкті және оның туылмаған баласының денсаулығын қорғау қазіргі заманғы медицинаның басым міндеттерінің бірі болып табылатындығына қарамастан, преэклампсия, өздігінен түсік тастау, мерзімінен бұрын босану сияқты жүктіліктің асқынулары олардың таралуына, әйелдің денсаулығы үшін қолайсыз нәтижелер мен перинаталды шығындар қаупіне байланысты жоғары өзектілігін сақтайды. Нәрестелер өлімі мен балалардың аурушаңдығы, өз кезегінде, фетоплацентарлық кешен функцияларының бұзылуы нәтижесінде шала туылумен және/немесе шарана дамуының кідірісімен ғана емес, сондай-ақ жаңа туған нәрестелердің 3-5% - ында байқалатын және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) деректері бойынша сырқаттанушылық пен мүгедектік құрылымында 20% - ды, перинаталдық өлім құрылымында 15-20% - ды алатын даму ақауларымен де байланысты [2,3,4]. Жаңа туылған нәрестелердің ақаулары-бұл отбасының қасіреті ғана емес, сонымен бірге мемлекетке айтарлықтай ауыртпалық түсіретін маңызды әлеуметтік проблема, сондықтан олардың пайда болуына жол бермеу маңызды медициналық және әлеуметтік міндет болып табылады [5]. Жоғары сапалы мультидисциплинарлық көмек пациенттің аурушаңдығының барлық компоненттерін азайтуға бағытталған болуы керек. Науқастың кешенді күтімге және әртүрлі көмек түрлеріне қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін бұл жұмысқа әртүрлі мамандықтағы мамандардың қатысуы қажет. Сондықтан аурухана бригадасы немесе штаты әдетте дәрігерлерден, тиісті біліктілігі бар медбикелерден, психологтан, әлеуметтік қызметкерден тұрады. Басқа мамандар қажет болған жағдайда көмек көрсетуге тартылады. Туыстары мен еріктілердің көмегі де қолданылады. Айта кету керек, пациенттердің өздері мультидисциплинарлық көмек көрсету процесінің толық қатысушылары болып табылады және олардың қатысуының мәні ешқашан төмендемеуі керек [7].

 Жүктілік-бұл табиғи физиологиялық процестер, бірақ сонымен бірге тиімді күтім мен бақылауды қажет ететін ықтимал қауіптер бар екенін атап өткен жөн. Медициналық кәсіптердің ешқайсысы жеке мамандардың дағдылары мен тәжірибесін оқшаулауда денсаулық сақтаудың барлық мәселелерін тиімді шеше алмайтыны түсінікті. Ынтымақтастық моделінің эволюциясы әркімнің қажеттіліктері мен қоғамның шындығына негізделген. Әр түрлі медициналық кәсіптердің өкілдері ынтымақтастық қатынастарын дамыту және олардың қоғамындағы ұзақ мерзімді әлеуметтік артықшылықтарды қарастыру үшін бірге жұмыс істей алады. Мультидисциплинарлық тәсілді іске асырудың төрт стратегиялық басымдығы бар [8,9]:

 1. Балалардың өмірінің ең жақсы басталуын қамтамасыз ету мақсатында ананың денсаулығы мен әл-ауқатына негізделген тәсіл. Аналар мен отбасылар денсаулығы мен әл-ауқатын жақсарту үшін қолдау мен мүмкіндікке ие болады;

2. Әйелдер қауіпсіз, жоғары білікті, қолжетімді, әйелге бағытталған жүктілік және босану бойынша күтімге қол жеткізе алады;

3. Жүктілік және босану қалыпты физиологиялық процесс деп танылады және әйелдің тілегін ескере отырып, босану орнын таңдау мүмкіндігін береді;

4. Перзентханалар әйелдермен серіктестікте мамандардың білікті және құзыретті жұмысы жүзеге асыратын күшті және тиімді басшылыққа, басқару тетіктеріне сүйене отырып, жеткілікті ресурстар алады.

 Ең дұрысы, ынтымақтастық моделі ана болуды интеграцияланған бастапқы күтімнің аймақтық жүйесіне айналады. Ынтымақтастық-бұл ортақ мақсат үшін бірлескен жұмыс. Ынтымақтастық жалпы денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру мақсатында шешім қабылдау процесінде бірлескен өзара іс-қимыл болып табылады. Пациенттерге сапалы көмекке әртүрлі мамандықтағы дәрігерлердің, орта және кіші медициналық қызметкерлердің бірлескен үлесі арқылы қол жеткізіледі деп саналады. Нағыз бірлескен тәжірибеде иерархия жоқ. Әр қатысушының қосқан үлесі дәстүрлі жұмыс беруші / қызметкер қарым-қатынасынан гөрі тәжірибеге енгізілген білімге немесе тәжірибеге негізделген [10].

 Екі немесе одан да көп мамандар команданың негізгі моделіне жатуы мүмкін. Команда нақты қажеттілікке немесе проблемаға байланысты қосымша жеке тұлғаларды, командаларды немесе топтарды және / немесе практика әдістерін қолданады. Модель негізгі болып табылатын және әйелмен үнемі байланыста болатын медицина қызметкерлерінің негізгі тобына негізделген. Бұл отбасылық дәрігерлер, медбикелер, акушерлер және акушер - гинекологтар болуы мүмкін. Әйелдер осы мамандардың кейбірін немесе барлығын нақты қажеттіліктерге және жүктіліктің өзгеретін жағдайларына байланысты модельде көре алады. Кейбір жерлерде, әсіресе ауылдық жерлерде, хирургия және / немесе анестезиология саласындағы тәжірибесі бар жалпы тәжірибелік дәрігерлер де негізгі мүше бола алады [13,14,15]. Алғашқы медициналық көмек мамандарының көпшілігі жүктіліктің асқыну қаупі төмен әйелдерге ана болу қызметін ұсынса да, акушерлер жоғары қауіпті жүктілікті жүргізуде жетекші рөл атқарады. Көптеген акушерлер жеке кәсіби мамандығына байланысты алғашқы аналық күтімді қамтамасыз етуде әлдеқайда үлкен рөл атқарады [11,12].

 Акушериядағы экстрагенитальды патологияның мәні ешқашан төмендемейді. Бұл тек оның жиілігінің тұрақты өсуі ғана емес, бұл жалпы халықтың денсаулығының нашарлауына және жүкті әйелдер арасында 35 жастан асқан әйелдердің үлесінің артуына байланысты. Біріншіден, кейбір ауыр экстрагенитальды аурулар ана өлімін тудырады, екіншіден, бірқатар аурулар перинаталды ауру мен өлімнің едәуір өсуіне әкеледі, үшіншіден, экстрагенитальды патологиямен жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқыну жиілігі табиғи түрде жоғары, төрт есе, патологияның кейбір түрлері ана мен перинаталды өлімге де, тіпті жүктіліктің асқыну жиілігіне де әсер етпейді, табиғи емес жеткізу әдісінің қажеттілігін анықтайды [16]. Жоғарыда айтылғандарға байланысты экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерге медициналық көмек сапасын жақсарту жалпы акушерлік қызметтің көрсеткіштерін жақсартудың және, ең бастысы, әйелдер санының үлкен контингенттерінің денсаулығын сақтаудың ең перспективалы жолдарының бірі болып қала береді [17]. Жүкті әйелдердің репродуктивті денсаулығының нашарлауы босанудың қолайсыз нәтижелерінің өсуіне әкеледі, жаңа туған нәрестелердің денсаулық жағдайына теріс әсер етеді және репродуктивті шығындарды анықтайды [27]. Көрсетілген процестер демографиялық жағдайды айқындайтын фертильді жастағы халықтың әлеуметтік, жас және психологиялық көрсеткіштеріндегі елеулі өзгерістермен қатар жүреді [28,29,30,31,32].

 Босанатын әйелдердің денсаулық жағдайына мынадай факторлар сенімді әсер ететіні анықталды: тұрғын үй-тұрмыстық жағдайлар, жас, материалдық қамтамасыз ету, босанудың қалыптылығы, созылмалы аурулардың болуы, осы жүктілік ағымының асқынуы, кәсіптік зияндылықтың болуы, емдеуге жатқызу саны, некенің ұзақтығы, жүктілікке байланысты әйелдер консультациясына қай мерзімде жүгінгені, түсіктер саны [33,34,35].

 Бірқатар жұмыстардағы босанған әйелдердің репродуктивті денсаулығының жай-күйін талдау бірнеше жұмыстарда [36,37,38] жеке көрсеткіштер бойынша зерттелді: жүктілік, түсік түсіру, босану, созылмалы және жұқпалы аурулардың болуы, босанудың асқынуы және т. б.

А. С. Ярославцев [39] Астрахан облысындағы әйелдердің репродуктивті денсаулығын зерттеу аясында кейбір әлеуметтік-гигиеналық және медициналық-әлеуметтік факторлардың әйелдердің денсаулығы мен репродуктивті жағдайларына әсерін анықтау мақсатында қалалық емханалар негізінде сауалнама жүргізілді. Арнайы әзірленген бағдарлама бойынша 1000-нан астам әйелден сұхбат алды. Жүргізілген талдау дені сау әйелдер 20 жасқа дейінгі (33,3%) екенін көрсетті. Гинекологқа жылына 1 реттен жиі баратын әйелдердің 62,5% - ында созылмалы патология болған.

 Жүктілік пен босанудың сәтті ағымының маңызды факторларының бірі-жүкті әйелдің жасы. 18 жасқа дейінгі жасөспірім аналарда және 30 жастан асқан әйелдерде өлім қаупі қалыпты репродуктивті топтағы әйелдер үшін ана жоғалту қаупінен 2-6 есе жоғары [40,41,42].

 Медициналық-әлеуметтік факторлардың ана өліміне әсерін зерттеу ана жасы мен өлім арасындағы тікелей байланысты анықтады. 30 жастан асқан жас аналар мен әйелдерде өлім қаупі оңтайлы жас тобына қарағанда 4-6 есе жоғары, 35-40 жас аралығында 4 есе және 40-45 жас аралығында 7 есе артады [43,44,45,46,47,48,49 ]. Медициналық-әлеуметтік зерттеу деректері алғашқы жүктілік кезіндегі жүктіліктің асқынуы әйелдердің 26,0% - на дейін байқалғанын көрсетті. Екінші жүктілік кезінде асқынулар 12,0% - ға дейін байқалды. Зерттеу нәтижелерін талдау кезінде көп жағдайда әйелдің аралас және бірнеше патологиясы бар екендігіне назар аударылады [50,51,52,53,54,55,56,57].

 Жүкті әйелдердің едәуір бөлігінде (30,0%) амниотикалық сұйықтықтың уақтылы кетпеуімен, ұрықтың дұрыс орналаспауымен, қан кетумен және жарақаттармен, хирургиялық араласулармен бірге босану ерекшеліктері анықталды. Ең жиі кездесетін асқынулар: босану кезіндегі ауытқулар, плацентаның бөлінуіне байланысты қан кету, сепсис, аралықтың жыртылуы, жатырдың жыртылуы [58,59,60,61,62,63].

 Топтық босануға дейінгі дайындықтың (бұдан әрі-БДД) әсеріне қатысты дәлелдер Кохран шолуынан алынды, оған 2350 әйел (174) қатысқан төрт зерттеу кірді. АҚШ-тан екі зерттеу "CenteringPregnancy ® " топтық БДД моделін қолданды, оған сәйкес ДРП ұқсас мерзімі бар 8-12 жүкті әйелдер тобында жүргізіледі; жүктілік кезінде 8-10 сабақ өткізіледі, әрқайсысы 90-120 минутқа созылады. Сабақтарға өзін-өзі тексеру (мысалы, қан қысымын өлшеу), жеңіл пікірталас пен сөйлесу уақыты бар топтық жаттығулар, жеке тексерулер бөлек/қоршалған экран аймағында өткізіледі. Швецияда жүргізілген бір зерттеу американдыққа ұқсас модельді қолданды, бірақ негізінен медицина қызметкерлерінің нәтижелерін бағалады және шолу үшін бірнеше мәліметтер берді. Иран Ислам Республикасында жүргізілген төртінші зерттеу "CenteringPregnancy ® " моделіне ұқсас топтық БДД зерттеген кластерлік рондомизирленген клиникалық зерттеу болды.

 Орташа сенімділік деңгейі бар дәлелдер жеке тұлғамен салыстырғанда топтық ДРП табиғи босану жолдары арқылы босану жиілігіне әсер етпеуі мүмкін екенін көрсетеді (1 зерттеу, 322 әйел; ОР 0,96, 95% ДИ 0,80—1,15). Алайда, сенімділік деңгейі төмен дәлелдер оның әйелдердің қанағаттанушылығының балдық бағасын арттыратынын көрсетеді (1 зерттеу, 993 әйел; РС 4,9; 95% ДИ 3,10—6,70). Сенімділіктің орташа деңгейі бар дәлелдемелер топтық БДД шамалы әсер етуі немесе салмағы аз балалардың туу жиілігіне әсер етпеуі мүмкін екенін көрсетеді (3 зерттеу, 1935 жаңа туған нәресте; ОР 0,92, 95% ДИ 0,68—1,23). Сенімділік деңгейі төмен дәлелдемелер оның перинаталдық өлім-жітімге болмашы әсер етуі немесе әсер етпеуі мүмкін екендігін көрсетеді (3 зерттеу, 1943 жаңа туған нәресте; ОР 0,63, 95% ДИ 0,32— 1,25). Алайда, сенімділіктің төмен деңгейі бар дәлелдер сонымен қатар топтық БДД мерзімінен бұрын босану жиілігін төмендетуі мүмкін екенін көрсетеді (3 зерттеу, 1888 әйел; ОР 0,75, 95% ДИ 0,57—1,00); бұл деректер әсердің болмауы мүмкіндігін жоққа шығармайды. Балалардың құрсақ ішілік дамуының кідіру синдромымен туу қаупі туралы деректер сенімділіктің өте төмен деңгейіне ие. SNSD - де топтық БДД эффектілері туралы мәліметтер аз. Алайда, жүргізген зерттеу көрсеткендей, топтық БДД әйелдер мен медицина қызметкерлерінің тәжірибесін жақсарта алады, сондай-ақ медициналық сауаттылықты жоғарылату және жүкті әйелдерді БДД-қа тарту арқылы табысы төмен елдердегі денсаулық нәтижелерін жақсарта алады [179]. Топтық БДД бойынша ұсынымдардан тыс басқа нәтижелерге, мысалы, емшек емізудің басталуына және босанғаннан кейінгі контрацепцияға әсер етуі мүмкін, бұл салауатты мінез-құлықтың осы модельдерімен байланысты ақпарат алмасуды және әлеуметтік қолдауды жақсарту есебінен болып табылады. Алайда, осы ықтимал әсерлер туралы мәліметтер шектеулі [180]. Топтық БДД қызметкерлердің өнімділігі мен өнімділігінің артуына байланысты денсаулық сақтау қызметкерлеріне шығындардың төмендеуімен байланысты болуы мүмкін. Алайда, денсаулық сақтау қызметкерлерін топтық кеңестер мен белсенді пікірталастар өткізуге үйрету және оларды бақылау шығындармен де байланысты. Топтық БДД жеке адамға қарағанда көп уақытты қажет етеді, сондықтан жүкті әйелдердің көзқарасы бойынша олардың жұмыста болмауына байланысты қосымша шығындар болуы мүмкін. Алайда, көптеген жағдайларда ұзақ күту қалыпты болып саналады, ал белгіленген уақытпен топтық БДД келу ұзақтығын қысқартады [181]. Білімді әйелдермен салыстырғанда, аз білімді адамдар ана денсаулығына қатысты аз сауатты болуы мүмкін (179). Демек, оқу материалдарына қол жеткізуге, оларды түсінуге және пайдалануға әйелдердің мүмкіндіктерін кеңейтуге бағытталған топтық БДД сияқты іс-шаралар халықтың қолайсыз топтарындағы әйелдер арасында ана денсаулығы мәселелеріндегі сауаттылықты арттыру есебінен оң әсер етуі және денсаулыққа қатысты теңсіздікті азайтуы мүмкін. Сонымен қатар, бұл әйелдерде әлеуметтік қолдау жиі болмайды және топтық БДД өзара қолдаудың дамуына ықпал ету арқылы теңсіздікті азайтуға ықпал етуі мүмкін. Алайда, топтық БДД шеңберінде болу әдеттегіден көп уақытты алатын кейбір жағдайларда, олар халықтың қолайсыз топтарындағы әйелдер үшін көбірек қаржылық салдарларға ие болуы мүмкін. Сонымен қатар, көлік жүйесі нашар және ауа-райы тұрақсыз болған жағдайда, топтық БДД үшін кездесулерді тағайындау жүйесі шалғай аудандарда тұратын әйелдер үшін қолайлы болмауы және теңсіздікті күшейтуі мүмкін. Сонымен қатар, халықтың қолайсыз топтарындағы кейбір әйелдерге топта жеке ақпаратты ашу қиынға соғуы мүмкін және олар БДД құпия көзқарастылығын қалауы мүмкін. Бірнеше зерттеулерден алынған сапалы дәлелдер әйелдердің топтық көмек форматын ұнататынын және оны басқа жүкті және денсаулық сақтау қызметкерлерімен әлеуметтік қарым-қатынас орнату үшін қолданатындығын көрсетеді (сенімділігі жоғары дәлелдер) (22). Форматтың икемділігі әйелдерге құнды ақпаратпен алмасуға және жүктілікке байланысты мәселелерді еркін және бейресми жағдайда талқылауға мүмкіндік береді (сенімділік деңгейі жоғары дәлелдер). Көптеген әйелдер топтық БДД-қа жұмсалған қосымша уақытты бағалайды (сенімділік деңгейі жоғары дәлелдер), дегенмен кейбіреулер қосымша уақыт жұмсауға байланысты топтық сабақтарға қатыспайды (сенімділік деңгейі орташа дәлелдер). Кейбір әйелдер топтық сабақтар кезінде, әсіресе емтихан кезінде құпиялылықтың жоқтығын атап өтеді (сенімділігі төмен дәлелдер). Әріптестердің / күйеулердің сабаққа қатысуына деген көзқарас әртүрлі (сенімділіктің орташа деңгейі бар дәлелдер). Зерттеуде денсаулық сақтау қызметкерлерінен алынған дәлелдер олардың топтық сабақтарды жағымды, қанағаттанарлық және уақытты тиімді пайдаланумен байланысты деп санайтындығын көрсетеді (сенімділіктің орташа деңгейі бар дәлелдер) (45). Сонымен қатар, медицина қызметкерлері топтық тәсілді көмектің үздіксіздігін қамтамасыз ету әдісі ретінде анықтайды (орташа сенімділік деңгейі).

 Ресурстармен жоғары қамтамасыз етілу жағдайында алынған сапалы деректер денсаулық сақтау қызметкерлерінің топтық БДД-қа жәрдемдесу компоненттерін Денсаулық сақтау қызметкерінің оқуы мен міндеттері тұрғысынан қосымша инвестицияларды талап ететін дағды ретінде қарастыратынын көрсетеді (сенімділіктің орташа деңгейі бар дәлелдер) (45). Кейбір медицина қызметкерлері топтық сабақтарды өткізу үшін клиникалар жақсы жабдықталған болуы керек деп санайды, мысалы, жеткілікті отыратын орындары бар кең бөлмелер болуы керек (сенімділіктің орташа деңгейі бар дәлелдер). Шектеулі ресурстар жағдайында топтық БДД-тың орындалуы одан әрі зерттеуді қажет етеді, алайда Гана, Малави және Танзания Біріккен Республикасында жүргізілген пилоттық зерттеулер топтық БДД-тың осы жағдайларда мүмкін болатындығын көрсетеді. Басқа авторлар топтық тәсіл медициналық көмектің үздіксіздігін тұрақты түрде қамтамасыз ете алады деп санайды (181).

 Грузиядағы мультидисциплинарлық тәсілді зерттеудің бірі медициналық көмекке жүгінуіне байланысты жүкті әйелдердегі экстрагенитальды патологияның (ЭГП) құрылымын зерттеу болды. Скринингтік тексеруге 742 жүкті әйел қатысты. Орташа жасы 28,4±5,5 жыл болды. 2012-2013 жылдары жүкті әйелдерге жедел медициналық жәрдем шақыру себептеріне ретроспективті талдау жүргізілді. Алынған мәліметтер негізінде ЭГП басқаруымен жүкті әйелдерді басқару алгоритмі ұсынылды. ЭГП құрылымында бір бейін бойынша гематология-306 жағдай (41,2%), одан әрі нефрология - 290 (39,1%) және гастроэнтерология (38,8%) - 288 жағдай тиісінше көшбасшы болды. Жүкті әйелдер үшін шұғыл медициналық көмекке жүгіну құрылымында бірінші орынды тыныс алу органдарының аурулары алады (2012 ж - 28%, 2013- 30%), одан кейін зәр шығару жүйесінің аурулары(2012 ж.-19,6%, 2013 ж.-17,2%). Алынған мәліметтер экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдерге қауіп-қатерді анықтау және медициналық көмек көрсету алгоритмінің негізін құрады. Скринингтік зерттеу құрылымында гематологиялық бейіндегі аурулар басым болды, ал тыныс алу органдарының аурулары көбінесе шұғыл медициналық көмек көрсетуге себеп болды [18].

 Көптеген авторлардың зерттеулерінде [19,20,21,22,23] жүкті әйелдердің 70% - ы созылмалы экстрагенитальды аурулармен ауырады, 86% - да жүктілік кезінде аурулар дамитынын көрсетеді. Ең көп кездесетіні-несеп-зәр шығару жүйесінің аурулары (21%), ас қорыту (17%), семіздік (16,8%), вегетативті-тамырлы дистония (12,8%), өкпе аурулары (7%). Ана өлімінің 17-20% - ы экстрагенитальды патологиясымен байланысты.

 Экстрагенитальды аурудың болуы, тіпті жүктіліктен тыс компенсацияланған жағдайда да, дененің жүктілікке толық бейімделуіне мүмкіндік бермейді, әртүрлі асқынулардың пайда болуына ықпал етеді [24,25,26].

 Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының ішінде ең көп тарағандары-спецификалық емес этиологиядағы кольпиттер [64,65,66,67,68,69,70 ].

 Соңғы уақытта Қазақстанда және шетелде кеңінен таралған халыққа медициналық көмек көрсету тиімділігінің жаңа критерийлерінің бірі өмір сапасы болып табылады. Әлеуметтік-экономикалық қайта құрудың қазіргі кезеңінде тұтынушылардың құқықтары мен қоғамның мүдделерін қорғау проблемасын халықтың әртүрлі топтарының өмір сүру сапасы тұрғысынан қарау қажет [71,72,73,74,75,76,77,78]. Өмір сүру сапасын медициналық-әлеуметтік, гигиеналық, экологиялық, эпидемиологиялық, клиникалық-ұйымдастырушылық және басқа да қауіп факторларының әсер етуінің әртүрлі деңгейлеріндегі физикалық, психологиялық және әлеуметтік-экономикалық жұмыс істеуін ескере отырып, өмір сүру жағдайларының интегралды жеке өзін-өзі бағалауы және денсаулық көрсеткіштерінің динамикасы ретінде қарастырған жөн [79,80,81,82].

 Соңғы жылдары өмір сүру сапасын бағалау емдеу мен оңалтудың әртүрлі әдістерінің тиімділігін зерттеу және салыстыру кезінде зерттеу жоспарларына көбірек енуде. Денсаулық сақтаудың әртүрлі салаларында өмір сүру сапасына байланысты зерттеулердің саны біртіндеп өсуде [83,84,85,86,87,88]. Бұл әдіс адамның донозологиялық жағдайларының ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік береді, бұл клиникалық және функционалды өзгерістерді көрсете алады және патологиялық жағдайлардың пайда болу қаупін ерте кезеңдерде анықтауға мүмкіндік береді [89,90,91,92].

Бұл жүктілік немесе ауру кезіндегі өмір сапасы сияқты маңызды көрсеткішті объективтендіру перспективасын ашады, пайдаланылатын емдеу-диагностикалық іс-шаралар мен экономикалық шығындардың тиімділігін кешенді бағалауға, медициналық бақылау процесінде жүкті әйелдердің өмір сүру сапасының өзгеруін динамикалық бақылауға мүмкіндік береді [93,94].

Өмір сапасының көрсеткіштерін зерттеу педиатрияда және аз дәрежеде гинекологияда жүргізілді, бірақ Акушерия саласында өте аз зерттеулер ұсынылды. Артериялық гипертензиясы бар жүкті әйелдердің өмір сүру сапасын зерттеу жүргізілді. Физикалық және психикалық денсаулықты және жалпы денсаулықты өзін-өзі бағалау бақылау тобымен салыстырғанда гипертониямен ауыратын әйелдерде айтарлықтай төмен екендігі атап өтілді. Авторлар өмірдің әртүрлі аспектілеріне қанағаттанушылықты бағалауды, әйелдердің өмірлік құндылықтарының рейтингісін талдауды жүргізді [95,96,97,98].

РМҒА Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығының ғалымдары акушерлік практикада гистерэктомиядан кейін (босанғаннан немесе кесарь тілігінен кейін) әйелдердің өмір сүру сапасын зерттеу бойынша жұмыс жүргізді, олардың психологиялық мәртебесі мынадай ерекшеліктермен сипатталды: мазасыздық деңгейінің жоғарылауы, ішкі тітіркену, ыңғайсыздыққа шамадан тыс реакция. Зерттеу нәтижелері хирургиялық операциядан кейін жас әйелдерді психологиялық қорғау және динамикалық бақылау қажеттілігін анықтады [99,100,101,102,103,104].

Денсаулық жағдайының нашарлауымен қатар, тіпті кеш ұрпақты болу жасындағы әйелдердің бір бөлігінде бала тууға деген ынтаның күшеюі байқалатыны анықталды [105,106,107,108,109].

Осылайша, отандық және шетелдік авторлардың мәліметтерін қорытындылай келе, бізде қол жетімді әдебиеттерде жүктілік пен босану барысын жан-жақты зерттеу, сондай-ақ жүкті әйелдерді басқаруда көп салалы көзқарасты бағалау болатын зерттеулер жоқ екенін атап өткен жөн.

1. Мемлекеттің халық денсаулығы және демографиялық қауіпсіздігі

 Қазақстан Республикасының 2050 жылға дейінгі ұзақ мерзімді Даму Стратегиясында басты мақсат мықты мемлекеттің, дамыған экономиканың және жалпыға ортақ еңбектің негізінде берекелі қоғам құру, сондай-ақ Қазақстанның әлемнің ең дамыған отыз елінің қатарына кіруі айқындалған. Осы стратегияны іске асырудағы ұзақ мерзімді жеті басымдықтың бірі ретінде мемлекет "әлеуметтік саясаттың жаңа қағидаттары – әлеуметтік кепілдіктер мен жеке жауапкершілік" деп айқындады, онда Денсаулық сақтау халықтың денсаулығын сақтауды қамтамасыз етуде мемлекеттің әлеуметтік кепілдіктерін беретін және өз денсаулығын сақтау мен нығайту үшін азаматтардың жеке жауапкершілігін қолдайтын маңызды сала болып табылады. "Қазақстан 2050" қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" даму стратегиясын іске асыру мақсатында Қазақстан Республикасының 2025 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары (бұдан әрі – СЖ-2025) бекітілді, оның басты мақсаты адамдардың әл - ауқатын экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы (бұдан әрі-ЭЫДҰ) елдерінің деңгейіне арттыруға алып келетін экономиканың сапалы және орнықты көтерілуіне қол жеткізу болып айқындалған. Бұл ретте экономиканың сапалы өсуі бизнес пен адами капиталдың бәсекеге қабілеттілігін арттыруға, технологиялық жаңғыртуға, институционалдық ортаны жетілдіруге, сондай-ақ адамның табиғатқа теріс әсерін барынша азайтуға негізделуге тиіс. СЖ-2025 сәйкес халық денсаулығын қорғау саласындағы орта мерзімді мақсаттарды іске асыру денсаулық сақтауды жеткіліксіз қаржыландыру проблемасын, саланы қаржыландырудағы өңіраралық айырмашылықты, қала мен ауыл арасындағы кадрмен қамтамасыз етудегі айырмашылықты төмендетуге және өңірлердегі өмір сүру сапасының басқа да біркелкі емес проблемаларын шешуге бағытталған. Қазақстан Республикасы (бұдан әрі-ҚР) азаматтарының жоғары өмір сүру деңгейін қамтамасыз ету үшін "қолжетімді және сапалы денсаулық сақтауды мынадай бағыттар бойынша дамыту" міндеті айқындалды: ауруларды ерте сатыда алдын алуға және басқаруға қайта бағдарлау; негізгі созылмалы және инфекциялық ауруларды басқару; МӘМС енгізу; Денсаулық сақтау жүйесін цифрландыру; АМСК пен бәсекелес ортаны дамыту; Медициналық және фармацевтикалық білім мен ғылымды жаңғырту; медицина кадрларын даярлау сапасын арттыру; дәрілік саясатты жетілдіру. ҚР Үкіметі БҰҰ-ның тұрақты даму мақсаттарын 2025 жылға дейінгі Стратегияны іске асыруда негізгі бағыт етіп алды.

 "БҰҰ ОДМ сәйкестігі, сондай-ақ Мемлекет тыныс-тіршілігінің барлық салаларында озық практикалар мен ЭЫДҰ стандарттарын енгізу Қазақстанның әлемнің дамыған 30 елінің қатарына кіру жолындағы прогресін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді"деп белгіленді. БҰҰ – ның үшінші ОДМ - "жақсы денсаулық және амандық". Қазақстан БҰҰ – ның Орнықты дамудың негізгі элементі-бұл салауатты өмір салтын қамтамасыз ету және кез келген жастағы барлық адамдар үшін әл-ауқатқа жәрдемдесу деген анықтамасын қолдайды. Әлем елдері 2030 жылға дейін қол жеткізуге ұмтылатын үшінші ОДМ шеңберіндегі мақсаттардың бірі – бұл денсаулық сақтау қызметтерімен жаппай қамту. Әлемде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды (бұдан әрі – МӘМС) енгізу жалпыға бірдей қамтуға қол жеткізудің маңызды драйвері болып табылады. 2020 жылы осы мемлекеттік бағдарламаны іске қосу және сонымен бір мезгілде МӘМС енгізуді бастай отырып, Қазақстан денсаулық сақтау жүйесін дамытудың жаңа дәуірін – МӘМС - ке қатысу мәртебесіне қарамастан, мемлекеттің базалық медициналық қызметтерге кепілдік беруін, МӘМС шеңберінде сақтандырылған азаматтар үшін медиициналық қызметтер спектрін және ерікті медициналық сақтандырудың (бұдан әрі-ЕМС) бәсекелі нарығын қамтитын қаржыландыру көздерінің үш деңгейлі жүйесін бастайды. Осы маңызды кезеңде мемлекеттік бағдарлама пациенттің мүддесі үшін стейкхолдерлер арасында тиімді өзара қарым-қатынасты қалыптастыруды және нығайтуды қамтамасыз етуге тиіс. Бағдарламаны іске асырудың негізгі бағыттары: бала тууды ынталандыру және отбасын нығайту; көші-қон процестерін оңтайландыру; мемлекеттік демографиялық саясат іс-шараларын іске асырудың ғылыми негізделген алғышарттарын жасау, сондай-ақ халықтың ұрпақты болу денсаулығын жақсарту, ана мен бала денсаулығын қорғау үшін денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру жөніндегі шаралар кешенін іске асыру; салауатты өмір салтын қалыптастыру және мекендеу ортасының қолайсыз факторларының әсерін жою жөніндегі іс-шаралар есебінен сырқаттанушылық пен өлім-жітімді төмендету; медициналық-ұйымдастырушылық, технологиялық және инновациялық іс-шараларды енгізу нәтижесінде аурулардың негізгі сыныптары бойынша халықтың өлім-жітімін төмендету болып табылады.

Халықтың ұрпақты болу денсаулығын жақсарту және ана мен бала денсаулығын қорғау жөніндегі шаралар кешенін іске асыру үшін мынадай міндеттерді шешу қажет:

- бедеулік деңгейін төмендету;

- отбасын жоспарлау және медициналық-генетикалық консультация беру қызметін жетілдіру;

- туа біткен даму ақауларын уақтылы диагностикалауды қамтамасыз ету;

- әйелдер мен балаларға жоғары технологиялық медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету;

- жүкті әйелдерге, әйелдерге босану кезінде және одан кейін, балаларға медициналық көмек көрсету сапасын арттыру;

- барлық деңгейдегі перинаталдық орталықтарды қажетті жабдықтармен жабдықтау;

- перинаталдық және нәресте өлімін төмендету.

1. **Қазақстан Республикасының ана мен бала денсаулығын қорғау саласында** **нормативтік-құқықтық құжаттары**

 Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында, Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау мен медициналық көмекті дамыту тұжырымдамасында, Денсаулық сақтау саласындағы басқа да негіз қалаушы құқықтық құжаттарда оны дамытудың басым міндеттері арасында ұрпақты болу жасындағы әйелдердің денсаулығын сақтау және нығайту қажеттілігі айқындалған. Бұл міндетті шешу кезінде әйелдердің жалпы соматикалық және репродуктивті денсаулығына әсер ететін факторлардың барлық алуан түрлілігін ескеру қажет, соның ішінде: қолайсыз экологиялық және өндірістік жағдайлар, әлеуметтік-экономикалық мәртебе, жалпы және санитарлық мәдениет деңгейімен анықталатын өмір салтының ерекшеліктері. Сонымен қатар, халыққа акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұтымды ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, оның үстіне бірқатар зерттеулердің деректері оны көрсетуде проблемалар мен ақаулардың едәуір санының болуын куәландырады. Сондықтан оларды талдау көмектің осы түрін жақсартуға, сондай-ақ әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын нығайтуға бағытталған шараларды әзірлеу үшін өте маңызды.

**Кесте 1.** Әйелдердің денсаулығын сақтау, жүкті және босанған әйелдерді диспансерлеу жөніндегі негізгі нормативтік-құқықтық құжаттар

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Құжаттың аталуы** | **Қабылданған күні және нөмірі** |
| **1** | Қазақстан Республикасының Конституциясы | 1993 жыл |
| **2** | Қазақстан Республикасының еңбек Кодексі | 2015 жылғы 23 қарашадағы № 414-V ҚРЗ |
| **3** | «Қазақстан Республикасының азаматтарының денсаулығын қорғау туралы» Қазақстан Республикасының Заңы | 1997 жылғы 19 мамырдағы N 111-I |
| **4** | ҚР "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексі | 2009 жылғы 18 қыркүйектегі №193 IV |
| **5** | Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы | ҚР 21.05.2019 ж |
| **6** | "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» ҚР Кодексі | (04.05.2020 ж. жағдай бойынша өзгерістер мен толықтырулар) |
| **7** | «Қазақстан Республикасында біріншілік медико-санитарлық көмекті дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттарын бекіту туралы»» | Бұйрық №461 от 27.07.2018 жыл |
| **8** | «Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты» | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 16 сәуірдегі № 173 бұйрығы |
| **9** | «Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты (өзгертулерімен)» | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 17 маусымдағы N 67 бұйрығы |
| **10** |  «Жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге және бала туу жасындағы әйелдерге медициналық көмекті жетілдіру шаралары туралы» | ҚР ДСМ 03.07.2012 жылғы № 452 бұйрығы |
| **11** | «Біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету Қағидалары және біріншілік медико-санитарлық көмек ұйымдарына бекіту Қағидалары» | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығы |
| **12** | ["Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды жүргізу ережесін бекіту туралы"](http://niet-astana.kz/images/docs/995.pdf) | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2009 жылғы 10 қарашадағы №685 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы |
| **13** |  [«Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы»](http://niet-astana.kz/images/docs/92.pdf) | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы |
| **14** | ["Біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету Ережесін және азаматтарды біріншілік медико-санитарлық көмек ұйымдарына тіркеу Ережесін бекіту туралы ".](http://niet-astana.kz/images/docs/281.pdf)  | ДСӘДМ бұйрығы № 281 жылғы 28.04.2015 ж. Бұйрығы ҚР ӘМ ҚР 04.06.2015 ж. №11268. |
| **15** | Республикалық бюджет қаражаты есебінен жүзеге асырылатын ТМККК шеңберінде көрсетілген медициналық қызметтер үшін ақы төлеу ережесін бекіту туралы | ҚР ДСМ 11.02.2014 ж. № 77 бұйрығы |
| **16** | [" Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы ТМККК шеңберінде стационарға жоспарлы емдеуге жатқызуды ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы "](http://niet-astana.kz/docs/302-ru.rar) | ҚР ДСМ 3.07.2010 ж. № 492 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы ҚР ДСМ 05.06.2014 ж. №302 бұйрығы |
| **17** | Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 7 бұйрығы. |
| **18** | «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы» | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 Бұйрығы |
| **19** |  [«Денсаулық сақтау ұйымдарының өзара қарым-қатынас ережесін бекіту туралы](http://niet-astana.kz/docs/785.docx) »  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 26 қарашадағы N 785 бұйрығы |

 Келтірілген кестеде көрсетілгендей, әйелдердің денсаулығын қорғауға байланысты нормативтік-құқықтық құжаттардың үлкен пакеті қабылданды. Қазақстан Республикасында нормативтік-құқықтық база үнемі дамып, жаңартылып отырады. ҚР "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексінің екінші тарауында Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың принциптері сипатталады. Денсаулық сақтаудың мемлекеттік саясаты принциптерінің бірі- ана мен баланы қорғау болып табылады.

4. Ана мен бала денсаулығын қорғау қызметінің ұйымдық құрылымы

4.1. Денсаулық сақтау басқармасының бас акушер-гинекологының міндеттері

-ҚР ДСМ директивалық құжаттарына сәйкес ДСБ бастығының емдеу мәселелері жөніндегі орынбасарының басшылығымен облыстың акушерлік-гинекологиялық қызметіне басшылықты жүзеге асыру;

- Облыстық семинарлар, көшпелі циклдер, клиникалық және патологоанотомиялық конференциялар өткізу, дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру үшін аттестаттау комиссияларының жұмысына қатысу;

- Еңбекке қабілеттілігін уақытша жоғалтумен сырқаттанушылықты төмендету бойынша ведомстволық бағынысты денсаулық сақтау ұйымдарында іс - шаралардың орындалуына талдау жүргізу;

- Контрацептивтік құралдарды сапалы және тиімді пайдалану бойынша бақылауды жүзеге асыру;

- ЕАҰ үшін медициналық жабдықтар мен аппаратураларды тиімді бөлу және пайдалану;

- ЕАҰ-да балаларға гинекологиялық көмек көрсету бойынша жұмыстарды ұйымдастыру және бақылау;

- Аудандық және облыстық денсаулық сақтау ұйымдарына өңірлік жоғары медициналық білім беру мекемесінің акушерия және гинекология кафедрасымен бірлесіп консультативтік және әдістемелік көмек көрсету;

- ЕАҰ-да әйелдер мен балаларға медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерге халықтың хаттарына, шағымдарына, өтініштеріне талдау жүргізу және оларды жою жөніндегі іс-шаралар кешенін әзірлеу;

- ЕАҰ жылдық статистикалық есептерін қабылдауға қатысу, деректерге талдау жүргізу және анықталған кемшіліктерді жою бойынша іс-шаралар әзірлеу.

4.2. Перинаталдық көмек көрсету деңгейлері

1. IV деңгей-төртінші деңгейдегі ұйымдарға акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы (Алматы қ.), ана мен баланы қорғау ұлттық ғылыми орталығы (Астана қ.) жатады.

2. III деңгей-үшінші деңгейдегі ұйымдарға облыстық және қалалық перинаталдық орталықтар жатады.

3. II деңгей-екінші деңгейдегі ұйымдарға қалалық және облыстық перзентханалар, ірі Көпбейінді қалалық және облыстық ауруханалардың жанындағы перзентханалар жатады.

4. I деңгей-бірінші деңгейдегі ұйымдарға орталық аудандық ауруханалар (ОАА) жанындағы босандыру бөлімшелері жатады.

 Жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейі бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдерге байланысты жүзеге асырылады.

 Бірінші деңгейдегі медициналық ұйымдар жүктілік пен босанудың асқынбаған ағымы бар жүкті және босанған әйелдерге медициналық көмек көрсетуге арналған.

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің бірінші деңгейіндегі медициналық ұйымдардың құрылымында: жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімше, жаңа туған нәрестелерге арналған қарқынды терапия палаталары, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық зертхана ұйымдастырылады.

Екінші деңгейдегі ұйымдар асқынбаған жүктілік, 34 аптадан бастап және одан да көп гестация мерзімдеріндегі мерзімінен бұрын босану кезінде әйелдерге, сондай-ақ перинаталдық патологияны іске асырудың орташа тәуекелдері және осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес көрсетілімдері бар жүкті, босанатын және босанған әйелдерге арналған.

 Перинаталдық көмекті өңірлендірудің екінші деңгейіндегі МҰ құрылымында: жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімше, жаңа туған нәрестелердің реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық зертхана ұйымдастырылады.

Үшінші деңгейдегі МҰ күрделі жүктілік, 22-ден 33 аптаға дейінгі гестация мерзімінде мерзімінен бұрын босану кезінде әйелдерді, сондай-ақ осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес перинаталдық патологияны іске асыру тәуекелі және көрсетілімі жоғары жүкті, босанатын және босанған әйелдерді емдеуге жатқызуға арналған. Үшінші деңгей мамандандырылған Акушерлік және неонаталдық көмекке мұқтаж жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге және науқас жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде дене салмағы 1500,0 грамм және одан аз, төменгі деңгейдегі ұйымнан ауыстырылған шала туған нәрестелерге медициналық көмектің барлық түрлерін көрсетеді.

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің үшінші деңгейіндегі МҰ құрылымында: жаңа туған нәрестелердің реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі, анасымен бірге болу бөлімшесі, Жаңа туған нәрестелердің патологиясы және шала туған нәрестелерді күту бөлімшесі, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық және бактериологиялық зертханалар ұйымдастырылады.

5. Әйелдерге амбулаториялық-емханалық медициналық көмекті ұйымдастыру

 Амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдарда, оның ішінде МСАК пен КДК-да жүзеге асырылады.

Әйелдер консультациясында әйелдерге медициналық көмек көрсету акушерлік, гинекологиялық стационарлармен, балалар емханаларымен (консультацияларымен), отбасын көбейту және жоспарлау орталықтарымен, облыстық медициналық-генетикалық, консультациялық-диагностикалық орталықтармен, дермато-венерологиялық, онкологиялық, эндокринологиялық диспансерлермен және т. б. тығыз өзара іс-қимылда жүргізіледі.

 Әйелдер консультациясы (ӘК) қызмет көрсетілетін әйелдер халқының санына, көрсетілетін медициналық көмектің мамандануына, әкімшілік бағыныстылық сипатына қарай дербес ЕАҰ, сондай-ақ перзентхананың, аумақтық емхананың, медициналық-санитариялық бөлімнің (МСБ) құрылымдық бөлімшесі бола алады.

Акушер-гинеколог дәрігер жүктілік кезінде, босанғаннан кейін әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетеді және ұйымдастырады, отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын қорғау бойынша қызметтер көрсетеді, сондай-ақ ұрпақты болу жүйесінің гинекологиялық ауруларының профилактикасы, диагностикасы және емдеуін келесі жолдармен жүзеге асырады:

- "қауіп факторлары бойынша" әйелдерді бөле отырып, жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуларының алдын алу және ерте анықтау мақсатында жүкті әйелдерді диспансерлік бақылау";

- пренаталдық скрининг жүргізу – құрсақішілік ұрықтың хромосомдық патологиясы және туа біткен даму кемістіктері (бұдан әрі-ШДҚ) бойынша тәуекел тобын анықтау мақсатында жүкті әйелдерді кешенді тексеру;

-перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидаттарын сақтай отырып, күндізгі стационарларға, акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдардың жүктілік патологиясы бөлімшелеріне, экстрагениталдық патологиясы бар бейінді медициналық ұйымдарға уақтылы емдеуге жатқызуды қажет ететін жүкті әйелдерді анықтау;

– жүкті, босанатын және босанған әйелдерді медициналық бақылаумен, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық қызметтерді (бұдан әрі-ЖТМҚ) қолдана отырып мамандандырылған көмек алу үшін республикалық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жіберу;

- жүкті әйелдерді босануға, оның ішінде серіктес босануға дайындау бойынша босануға дейінгі оқытуды жүргізу, жүкті әйелдерді алаңдатушылық белгілері, тиімді перинаталдық технологиялар, қауіпсіз ана болу, бала емізу және перинаталдық күтім қағидаттары туралы хабардар ету;

- көрсетілімдер бойынша жүкті және босанған әйелдерге патронаж жүргізу;

- отбасын жоспарлау және ұрпақты болу денсаулығын сақтау мәселелері бойынша консультациялар беру және қызметтер көрсету;

- бейінді мамандарға жіберу үшін жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың (бұдан әрі – ЖЖБИ) профилактикасы және анықтау;

– фертильді жастағы әйелдерді (бұдан әрі- ФЖӘ) тағайындау арқылы тексеру, қажет болған жағдайда қосымша әдістерді пайдалана отырып және экстрагениталды, гинекологиялық патологияны уақтылы анықтау және оларды диспансерлік есепке алу үшін бейінді мамандарды тарта отырып, тереңдетілген тексеру;

- зерттеп-қарау нәтижелері бойынша әйел ана мен бала үшін жүктіліктің нәтижелерін жақсарту мақсатында жоспарланған жүктілікке уақтылы дайындалу үшін ұрпақты болу және соматикалық денсаулық жағдайына байланысты ұрпақты болу жасындағы әйелдерді динамикалық бақылау тобына (бұдан әрі - ФЖӘ тобы) қосылады;

- экстрагениталды ауруларды ерте анықтау мақсатында әйел адамдарға профилактикалық тексерулерді ұйымдастыру және өткізу;

- гинекологиялық науқастарды қазіргі заманғы медициналық технологияларды пайдалана отырып тексеру және емдеу;

- мамандандырылған медициналық ұйымдарға емдеуге жатқызуға дайындау үшін гинекологиялық науқастарды анықтау және тексеру;

-оңалту мен санаторий-курорттық емдеуді қоса алғанда, гинекологиялық науқастарды диспансерлеу;

- заманауи медициналық технологияларды пайдалана отырып, шағын гинекологиялық операцияларды орындау;

- жүкті әйелдерді, босанған әйелдерді және гинекологиялық науқастарды тексеру мен емдеудегі өзара іс-қимыл сабақтастығын қамтамасыз ету;

- жүктілігі, босануы және гинекологиялық аурулары бойынша еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу, қызметкерді денсаулық жағдайы бойынша басқа жұмысқа уақытша немесе тұрақты ауыстырудың қажеттілігі мен мерзімдерін айқындау, еңбекке қабілеттілігінен тұрақты айырылу белгілері бар әйелдерді медициналық-әлеуметтік сараптамаға белгіленген тәртіппен жіберу;

- дәлелді медицина қағидаттарын ескере отырып, қазіргі заманғы қауіпсіз диагностикалық және емдеу технологияларын, аурулардың алдын алу және оңалту шараларын практикаға енгізу;

-қызметкерлер мен пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету, инфекцияның таралуын болдырмау үшін санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды орындау;

-саламатты өмір салтының түрлі аспектілері бойынша халықты ақпараттандыру және санитариялық мәдениетін арттыру, әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау, ана болуға, емшек сүтімен қоректендіруге дайындық, отбасын жоспарлау, түсіктер мен жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың, оның ішінде АИТВ инфекциясы мен басқа да әлеуметтік мәні бар аурулардың алдын алу саласында іс-шаралар өткізу;

-акушерлік-гинекологиялық бөлімшелер (кабинет) жұмысының көрсеткіштеріне талдау жүргізу, статистикалық есепке алу, медициналық көмектің тиімділігі мен сапасын бағалау, акушерлік-гинекологиялық көмекті жақсарту бойынша ұсыныстар әзірлеу;

- халыққа, дәрігерлер мен акушерлерге мынадай нысандарда білім беру жұмыстарын жүргізу: жеке және топтық әңгімелер, дәрістер, витраждар, баспа және электрондық бұқаралық ақпарат құралдарында жариялау (теледидар, радио және интернет). Білім беру жұмыстарын жүргізу салауатты өмір салтын қалыптастыру орталықтарымен бірлесіп жүзеге асырылады.

**5.1. Әйелдер консультациясының міндеттері**

-Әйелдерге білікті алғашқы медициналық-санитарлық (амбулаториялық) акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету;

-Әйелдердің ұрпақты болу жүйесінің патологиясын (ЖРС), гинекологиялық және онкологиялық ауруларды ерте анықтау мақсатында профилактикалық қарап-тексерулерді ұйымдастыру және жүргізу;

-ӘРЖ патологиясын тексеру мен емдеуде заманауи медициналық, ресурс үнемдейтін технологияларды пайдалану;

-Емдеу-диагностикалық көмек көрсету стандарттарына сәйкес диспансерлік есепке ерте алу мақсатында гинекологиялық аурулары бар әйелдерді уақтылы анықтау;

-ӘК және әйелдерге медициналық көмек көрсететін басқа ЕАҰ арасында гинекологиялық науқастарды тексеру мен емдеудегі сабақтастықты қамтамасыз ету;

-Тәулік бойы медициналық бақылауды қажет ететін гинекологиялық науқастарды ЕАҰ-ға уақтылы емдеуге жатқызуды жүзеге асыру;

-Қазіргі заманғы медициналық технологияларды пайдалана отырып, амбулаториялық гинекологиялық операцияларды орындау;

-Мұқтаж науқас әйелдерді анықтау және күндізгі стационарлар мен оңалту бөлімшелеріне жіберу;

-Салауатты өмір салтын қалыптастыру, отбасын жоспарлау мәселелері бойынша консультациялар өткізу;

-Жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынуларының алдын алу және ерте анықтау мақсатында жүкті әйелдерді, оның ішінде әйелдерді "қатер" тобына бөле отырып диспансерлік бақылауды жүзеге асыру;

-Тексеру жүргізуде акушерлік-гинекологиялық мамандандырылған медициналық көмек көрсететін ӘК және басқа да ЕАҰ арасында сабақтастықты қамтамасыз ету, жүкті әйелдер мен босанған әйелдерді емдеу;

-Күндізгі стационарларға, жүкті акушерлік стационарлардың патология бөлімшелеріне, анықталған экстрагениталдық патология бейіні бойынша басқа да ЕАҰ-ға емдеуге жатқызуды қажет ететін жүкті әйелдерді анықтау;

-Жүкті әйелдерді босануға физикалық және психопрофилактикалық даярлауды ұйымдастыру және жүргізу;

-Ұрпақты болу денсаулығын сақтау, отбасын жоспарлау, қазіргі заманғы контрацептивтік құралдарды қолдану, салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша консультация беру;

-Гинекологиялық науқастарды, жүкті әйелдерді және босанған әйелдерді шақыру күні үйде патронаждау;

-Емшекпен емізу тәсілдерін насихаттау және оқыту;

-Жиі және ұзақ уақыт ауыратындарды анықтау, олармен сырқаттанушылықты төмендету және мүгедектіктің профилактикасы бойынша емдеу-алдын алу іс-шараларын жүргізу;

-Сырқаттанушылық көрсеткіштері мен құрылымын талдай отырып, еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын жүргізу;

-Еңбекке қабілеттілігі шектелген, мүгедек болып табылмайтын адамдарға еңбек сипаты мен жағдайлары туралы ұсынымдармен ДКК-ға науқастарды жіберу;

-ДКК шешімі бойынша науқастарды медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізуге жіберу;

-Еңбекке қабілеттілігінен уақытша айрылу және мүгедектікпен сырқаттанушылық себептерін олардың алдын алу жөніндегі іс-шараларды әзірлей отырып зерделеу;

-Әйелдерге медициналық-әлеуметтік, құқықтық және психологиялық көмек көрсету;

-ӘК дәрігерлері мен орта медициналық қызметкерлерін біліктілікті арттыру курстарына уақтылы жіберу;

-Әйелдер арасында санитарлық мәдениетті арттыру және СӨС қалыптастыру бойынша іс-шараларды ұйымдастыру және өткізу.

**5.2. Әйелдер кеңесінің тіркеу бөлімінің міндеттері**.

1. Әйелдер консультациясына тікелей жүгінген кезде де, телефон арқылы да әйелдерді дәрігердің қабылдауына алдын ала және шұғыл жазуды ұйымдастыру.

2. Дәрігерлердің біркелкі жүктемесін жасау мақсатында пациенттер ағынының қарқындылығын реттеуді қамтамасыз ету.

3. Дәрігерлер кабинетіне медициналық құжаттарды уақытылы іріктеуді және жеткізуді қамтамасыз ету.

4. ӘК тіркеу орнының картотекасында құжаттарды дұрыс және сапалы жүргізу және сақтау.

Осы міндеттерді жүзеге асыру үшін тіркеу орны келесі қызметтерді ұйымдастырады және жүзеге асырады:

- аптаның барлық күндері, оның ішінде сенбі және жексенбі күндері барлық мамандықтағы дәрігерлерді қабылдау уақыты туралы халықты хабардар ету, қабылдау сағаттарын, кабинеттердің нөмірлерін көрсете отырып;

- дәрігерлердің қабылдауына алдын ала жазылу тәртібі туралы, әйелдер консультациясы басшылығының халықты қабылдау уақыты мен орны, кешкі, түнгі уақытта, демалыс және мереке күндері халыққа шұғыл көмек көрсететін дәріханалардың, оның ішінде кезекшілердің, емханалардың, стационарлардың мекенжайлары туралы хабардар ету;

- емханалар жұмысының тәртібі, зерттеулерге дайындық ережелері туралы ақпарат беру;

- ақылы медициналық қызмет көрсету туралы ақпарат беру, олардың тізбесі;

5.3. Учаскелік дәрігер акушер-гинекологтың функционалдық міндеттері:

-жүктіліктің, босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынулары мен гинекологиялық аурулардың пайда болуының алдын алу мақсатында ғылым мен практиканың заманауи жетістіктері негізінде емдеу-диагностикалық іс-шаралар өткізу;

- жүкті әйелдерді ерте анықтауды қамтамасыз ету (жүктіліктің 12 аптасына дейін) және оларды диспансерлік бақылауға алу;

-перзентханалардың жүктілік патологиясы бөлімшелеріне және экстрагениталдық патологияның бейіні бойынша денсаулық сақтаудың емдеу-профилактикалық ұйымдарының басқа бөлімшелеріне уақтылы емдеуге жатқызуды қажет ететін жүкті әйелдерді анықтау;

- жүкті әйелдерді босануға психопрофилактикалық және дене шынықтыру дайындығын ұйымдастыру және жүргізу;

- "Ана мектебінде" сабақтар өткізуді ұйымдастыру»;

- гинекологиялық және онкологиялық ауруларды ерте анықтау, тексеру және мамандандырылған ЕАҰ-ға емдеуге жатқызуға жіберу мақсатында әйелдер халқын профилактикалық тексеруді ұйымдастыру және жүргізу;

-санаторлық-курорттық емделуге жіберу үшін гинекологиялық науқастарды іріктеуді жүргізу;;

- белгіленген стандарттарға сәйкес отбасын жоспарлау, ұрпақты болу денсаулығын сақтау бойынша кеңес беру және қызмет көрсету;

- жүктілік және босану бойынша демалыстарды уақытылы ұсыну;

- еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу, пациенттерді ДКК-ға уақтылы жіберу;

-қызмет көрсетілетін учаске тұрғындары арасында санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу;

- әйелдер кеңесінің есептік құжаттамасын сапалы жүргізу;

- шағын аудан бойынша ақаулар мен нәтижелілік көрсеткіштерін талдау;

-әйелдер кеңесінің әкімшілігіне әйел тұрғындарға емдеу-диагностикалық көмек көрсету сапасын жақсарту бойынша ұсыныстар енгізу.

**5.4. Әйелдер консультациясында**

**аурулардың алдын алу жұмыстарын ұйымдастыру**

 Әйелдер консультациясындағы профилактикалық жұмыс әйелдердің гинекологиялық ауруларын ерте анықтауға, сондай-ақ әйелдер консультациясында гинеколог-дәрігердің қабылдауына жүгінген пациенттерді гинекологиялық тексеруге бағытталған.

Әйелдер консультациясының тіркеу орнында алғаш рет жүгінген, сондай-ақ ұйымдастырылған әйелдер халқына профилактикалық тексерулер жүргізу кезінде акушер-гинеколог дәрігер қараған әрбір әйелге "амбулаториялық науқастың медициналық картасы" (№025у Ф.) ресімделеді.

Дәрігер акушер-гинеколог профилактикалық тексерулер жүргізу кезінде:

- анамнез жинау;

- сүт бездерін, перифериялық лимфа түйіндерін, қалқанша безін тексеру және пальпациялау;

- гинекологиялық тексеру нәтижелерін және цитологиялық тексеру деректерін бағалау;

- алдын ала диагноз қою;

- тексеру және тексеру мәліметтерін "амбулаторлық науқастың медициналық картасына" енгізсін»;

-профилактикалық тексерулер жүргізу кезінде, сондай-ақ әйелдер жыныс мүшелерінің аурулары бойынша қабылдауға жүгінген кезде акушер-гинеколог дәрігер әрбір әйелді сүт бездерін өздігінен тексеру әдістемесіне үйретуге міндетті.

Профилактикалық тексерулер жүргізу нәтижелері бойынша денсаулықтың мынадай топтары айқындалады.

**"Сау"** - анамнезінде гинекологиялық ауруларға, етеккір функциясының бұзылыстарына ол анықталған сәттен бастап шағымдар жоқ; зертханалық және клиникалық тексеру ӘРЖ-де өзгерістерді анықтамайды. Әйелдердің бұл тобы жылына 1 рет тексеруден өтуі мүмкін.

**"Іс жүзінде сау"** - анамнезді жинау кезінде шағымдар жоқ, гинекологиялық аурулар, хирургиялық араласулар, түсік түсіру, етеккірдің ырғағы мен сипаты бұзылған. Объективті тексеру кезінде ӘРЖ функциясының бұзылуын және әйелдердің еңбекке қабілеттілігінің төмендеуін тудырмайтын анатомиялық өзгерістер анықталады. Әйелдердің бұл тобы жылына кемінде 2 рет профилактикалық тексеруден өтуі тиіс.

**"Ауру"** - гинекологиялық ауруларға, хирургиялық араласуларға, түсік түсіруге, етеккірдің ырғағы мен сипатының бұзылуына шағымдар жатады. Объективті тексеру кезінде пациенттің шағымдары болмаса да, гинекологиялық ауру анықталады.

 Пациентті алғашқы қарап-тексеруден кейін амбулаториялық картаға қарап-тексеру күнін, қорытынды (нақтыланған) диагнозды және денсаулық тобы туралы қорытындыны енгізеді.

Әйелдерде жиі кездесетін қатерлі ісіктердің бірі-сүт безі қатерлі ісігі. Қазақстан Республикасында 20 жыл бойы әйелдердің онкологиялық аурулары мен өлім-жітімі құрылымында ол жетекші орын алады. Сүт безі қатерлі ісігінің жиілігі тұрақты түрде өсіп келеді және экономикалық дамыған елдерде орта жастағы әйелдердің өлімінің басты себептерінің бірі болып табылады.

Сүт безі қатерлі ісігін ерте анықтау және алдын-алу бойынша ұсыныстар:

1. Ай сайынғы өзін-өзі тексеру сүт бездерінің.

2. Сүт бездерінде кез-келген өзгерістер анықталған кезде дереу дәрігерге хабарласыңыз.

3. Маммологиялық кабинеттерде, акушер-гинекологта, онкологта, учаскелік терапевтте, хирургта тексеру; жыл сайын емхананың тексеру кабинетінде, акушерде немесе кез келген мамандық дәрігерінде сүт бездерін міндетті тексерумен профилактикалық тексеруден өту.

4. Маммография, сүт бездерін УДЗ жүргізу.

5. Өзін-өзі емдеуден бас тарту.

6. Әйел жыныс мүшелерінің ауруларын және аналық бездердің дисфункцияларын уақтылы емдеу, эндокриндік жүйе ауруларының алдын алу.

7. Алғашқы жүктілікті міндетті түрде сақтау және мүмкіндігінше түсік түсіруден бас тарту.

8. Баланы кем дегенде бір жыл емізу, лактация кезінде сүт бездеріне дұрыс күтім жасау.

9. Уақытылы неке, тұрақты жыныстық өмір (23 жастан бастап), неке гигиенасын сақтау.

10. Салауатты өмір салты, дұрыс тамақтану, темекі шегуден бас тарту.

11. Халықтың медициналық сауаттылығын және санитарлық мәдениетін арттыру.

 Сүт бездерін тексерудің негізгі әдістері: өзін-өзі тексеру, ЕАҰ дәрігерлерінің клиникалық тексеруі және тексерудің аспаптық әдістері. Көбінесе спиральды әдіс пен тор әдісі өзін-өзі тексеру үшін қолданылады.

 **Спиральды әдіс.** Белгілі бір сүт безінің жоғарғы бөлігінен бастап, оны спиральмен зерттеу жүргізіледі. Қолдың қозғалысы кез-келген ерекше тығыздағыштар мен тегістеулерді анықтау үшін сүт безінің шетінен емізікке дейін шеңбер түрінде жасалады. Емізікке жеткенге дейін кемінде үш спираль тәрізді орам жүргізу қажет. Мұндай тексеруді әртүрлі қысым дәрежесімен екі рет жүргізу ұсынылады (жеңілден күштіге дейін).

**Тор әдісі.** Сүт безі аймағы қиялдағы тік және көлденең сызықтармен бөлінеді: қолтықтан стернумға дейін және клавикуладан бра сызығына дейін. Алынған әрбір торда шеңбер шеңберлері саусақтармен жасалады (монетаның өлшемі), шеңбер аймағын біртіндеп арттырады. Тексеруді жеңіл жанасудан бастаңыз, содан кейін қысымды біртіндеп арттырыңыз. Зерттеу тордың барлық жасушаларында жүйелі түрде жүргізіледі, осылайша бүкіл сүт безін тексереді.

Өзін – өзі тексеру айына 1 рет, менструация аяқталғаннан кейін 2-3 күн; менопаузадан кейін-айдың әр бірінші күні.

Сүт бездеріндегі кез-келген өзгерістерді анықтау терапевтке, гинекологқа, хирургқа немесе онкологқа дереу жүгінуді қажет етеді, олар аурудың сипатын анықтап, қажетті емдеуді тағайындайды. Егер төменде көрсетілген белгілердің кез-келгені анықталса, онкологқа жедел жолдама қажет:

1. Ерекше тығыздау сүт безінде.

2. Сүт бездерінің бірінің ерекше ұлғаюы.

3. Емшектен шығару немесе қан кету.

4. Сүт бездерінің бірінің ерекше төмендеуі.

5. Емізік терісінің бетін өзгерту.

6. Сүт бездерінің бірінде мыжылған тері.

7. Лимфа түйіндерінің ұлғаюы.

8. Білім қатпары арналған соске, втяжение соска.

9. Жоғарғы қолдың ерекше ісінуі.

 Тексеру жүргізу кезінде оның орналасуы бойынша сүт безі қатерлі ісігінің пайда болу жиілігін ескеру қажет: жоғарғы-сыртқы квадрант – 50% жағдай, жоғарғы-ішкі квадрант – 15% жағдай, төменгі-сыртқы квадрант – 11% жағдай, төменгі-ішкі квадрант – 6% жағдай, ареолярлы аймақта, тікелей емізікте немесе оның жанында – 18% жағдай.

**Маммография**-сәулеленудің аз дозасымен рентген суретін түсіру арқылы бастапқы кезеңде сүт безінің қатерлі ісігін анықтауға мүмкіндік беретін зерттеу әдісі.

35 жасқа толған әрбір әйел міндетті түрде маммограмма жасауы керек. 40-49 жас аралығында маммография әр 1-2 жыл сайын жасалуы керек. 50 жылдан кейін-жыл сайын. Баламалы, қолжетімді және жеткілікті ақпараттық тексеру әдісі ретінде сүт бездерінің УДЗ кеңінен қолданылады. Ерте кезеңде диагноз қойылған онкологиялық аурулар пациенттерді емдеу және оңалту шығындарын он есе азайтады, жақсы косметикалық әсерге қол жеткізуге мүмкіндік береді (денені сақтау операцияларын орындау мүмкіндігіне байланысты) және қолайлы болжамға ие (толық емделуге дейін).

**5.5. Жүкті әйелдерге амбулаториялық-емханалық жағдайда медициналық көмекті ұйымдастыру**

 Жүктілік-бұл физиологиялық және психологиялық өзгерістер тұрғысынан әйелдер үшін ерекше кезең.

Жүктілік биологиялық, физиологиялық және психологиялық бейімделуді қамтиды.

Ана мен ұрық бір жүйенің құрамдас бөлігі ретінде қарастырылады, оның қолайлы дамуы бала мен ананың денсаулығының кепілі болып табылады.

Жүкті әйелдерді медициналық бақылаумен ерте қамту (жүктіліктің 12 аптасына дейін) келесі мүмкіндіктерді береді:

- босанғанға дейінгі демалыс күнін дәл белгілеу;

- экстрагениталды патологияны дер кезінде диагностикалау;

- жүкті әйелдің қандай да бір қауіп тобына жататынын анықтау;

- жүктілікті одан әрі сақтаудың орындылығы туралы мәселені шешу;

- жүктіліктің ерте мерзімдеріндегі зиянды факторлардың әсерін жою,

- жүкті әйелді сауықтыруды, оның ұтымды жұмысқа орналасуын қамтамасыз ету.

Жүктіліктің қалыпты кезеңінде сау әйелге алғашқы емдеуден 7-10 күн өткен соң маман дәрігерлердің барлық талдаулары мен қорытындыларымен ӘК-ға бару, содан кейін жүктіліктің бірінші жартысында айына 1 рет, 20 - дан 30 аптаға дейін – айына 2 рет, 30 аптадан бастап – 10 күнде 1 рет, 36 аптадан бастап-апта сайын дәрігерге бару ұсынылады.

 Ауруханаға жатқызуды қажет етпейтін әйел ауруы немесе жүктіліктің патологиялық ағымы кезінде тексеру жиілігін дәрігер жеке анықтайды.

Әйелдер ӘК-не жүктілікке қатысты бірінші рет жүгінген кезде акушер-гинеколог міндетті:

1. Отбасылық, балалық және ересек жастағы жалпы және гинекологиялық ауруларды, операцияларды, қан құюды, етеккір, жыныстық және генеративті функцияларды қамтитын тарихты жинауға;

2. Әйелді жалпы тексеруден өткізіге, оған мыналар кіреді:

- оның дене бітімін бағалау,

- тері асты клетчаткасының даму дәрежесін анықтау;

- көрінетін ісінулердің болуын анықтау;

- терінің және шырышты қабаттардың, сүт бездерінің жағдайын бағалау.

3. Жалпы және арнайы акушерлік тексеру жүргізу:

- жамбас өлшеу;

- жыныс мүшелерінің жағдайын анықтау;

- ұрықтың жүрек соғысын өлшеу, пальпациялау, аускультациялау.

4. Тексеруді тағайындау:

- клиникалық қан талдауы;

- Вассерман реакциясына қан талдауы;

-қан тобын және резус тиістілігін анықтау, жүкті әйелде резус теріс қан болған кезде қан тобын және резус тиістілігін зерттеу қажет;

- токсоплазмозға серологиялық зерттеу үшін қан талдауы;

- қан глюкозасын және протромбин индексін анықтау;

- бактериологиялық және цитологиялық зерттеу үшін жағындылар алу;

- зәр анализі.

Жүктіліктің алдын алу үшін жүкті әйелдерді келесі жүкті топтарда ЖЖБИ-ге тексеру қажет:

- кольпиттермен, цервициттермен, уретриттермен, циститтермен, жыныс жараларымен, вульваның және қынаптың кондиломатозымен;

- жүктілікті үзу қаупімен;

- көпсулылық және азсулылықпен;

- осы жүктілік кезінде жиі жедел респираторлық аурулармен;

- ауыр акушерлік тарихы бар (мерзімінен бұрын босану, өздігінен түсік түсіру, өлі ұрықтың туылуы, неонатальды кезеңдегі баланың қайтыс болуы, туа біткен ақаулар).

 УДЗ-скринингті жүктіліктің 10-14, 18-20 және 32-34 апталарында және көрсетілімдер бойынша – жиі жүргізеді.

Медициналық-генетикалық консультация беру мынадай айғақтар болған кезде тағайындалады:

- жүкті әйелдің жасы 35 және одан жоғары;

- даму кемістіктері немесе ерлі-зайыптылардың біреуінде хромосомалық қайта құрудың болуы;

- жүкті әйелдің анамнезінде тұқым қуалайтын аурулары, бүйрек үсті қыртысының туа біткен гиперплазиясы, оқшауланған және көптеген туа біткен даму кемістіктері( ТДК), хромосомдық аурулары, ақыл-ой кемістігі бар балалар мен туыстар;

- ерлі-зайыптылардың туыстық қатынасы;

- белгісіз генездегі жүктілікті әдеттегідей көтермеу;

- жүктіліктің ерте кезеңінде ана мен ұрықтың ағзасына аурулардың, диагностикалық немесе емдік процедуралардың, дәрі-дәрмектерді қабылдаудың әсері;

- жүктіліктің асқынған ағымы (ерте мерзімде үзу қаупі, емге көнбейтін, көпсулық);

- УДЗ кезінде анықталған ұрық патологиясы;

-альфа-фетопротеин, хориондық гонадотропин, эстриол, 17-оксипрогестерон көрсеткіштерінің өзгеруі;

- ерлі-зайыптылардың зиянды еңбек жағдайындағы жұмысы;

- бастапқы аменорея, белгісіз шығу тегі етеккір циклінің бұзылуы.

5. "Жүкті және босанған әйелдің жеке картасын" жасаңыз.

6. Жүкті әйелді жүргізудің жеке жоспарын жасаңыз, оған мыналар кіреді:

қандай жұмысқа орналастыру, шектеу физикалық жүктеме, жыныстық тыныштық;

- инфекцияның созылмалы ошақтарын анықтау және санациялау;

- семіздік, ірі ұрық, полиходия кезіндегі қан глюкозасын анықтау;

- диспансерлік бақылауды басқа мамандармен бірлесіп жүргізу;

- көрсетілімдер бойынша экстрагениталдық патология кезінде профилактикалық емдеуге жатқызу 12 апта, 28-32 апта мерзімінде;

- амбулаториялық немесе стационарлық жағдайларда антианемикалық емдеу жүргізу;

- претоксикоз симптомдарын ерте анықтау және оны уақтылы емдеу, әсер болмаған жағдайда 1-2 апта ішінде стационарға емдеуге жатқызу;

- жүктілікті мерзімінен бұрын тоқтататын микросимптомдарды уақтылы анықтау, анықталған кезде шұғыл емдеуге жатқызу;

- **Ә**К немесе стационар жағдайларында жүктілікті сақтайтын, жүктілікті 12 аптаға дейін мерзімінен бұрын тоқтату бойынша қауіп төндіретін профилактикалық терапия курстарын жүргізу, 14-16, 18-20, 22-24, 28-32, 34-36 сондай-ақ жүктілікті мерзімінен бұрын үзу мерзімдерінде;

- туу әлсіздігінің алдын алу;

- 36 апта мерзімінде босануда қан кетудің алдын алу;

- "**А**налар мектебінде", "**Ә**келер мектебінде" сабақтарға қатысу;

- жүктіліктің 38 аптасында ұрықтың болжамды массасын анықтау;

- акушерлік стационарға ауыстыру картасымен жоспардың көшірмесін міндетті түрде тапсыра отырып, анықталған патология бойынша босануды жүргізу жоспарын құру;

7. Терапевт, хирург, стоматолог, отоларинголог, окулист, эндокринологтың кеңесін тағайындау қажет болған жағдайда басқа мамандарды қосады.

8. Тексеруден және оның нәтижелерін талдаудан кейін жүктіліктің қолайсыз нәтижесінің "қауіп" факторлары анықталады.

**5.6. Жүктілікті жоспарлаған отбасыларға медициналық-генетикалық сараптама жүргізу үшін кеңес беру көрсеткіштері**

1. Туа біткен ақаулар, даму аномалиялары, ақыл-ой кемістігі, саңырау, ауыр көру қабілетінің бұзылуы, отбасында және әкесі мен анасының туыстарындағы белгісіз генездегі құрысулар.

2. Анамнезде (Даун ауруы бар балалардың тууы; өмірге сәйкес келмейтін туа біткен даму ақаулары; өлі туу; қайталанатын өздігінен түсік түсіру; бедеулік).

3. Зат алмасудың тұқым қуалайтын аурулары; гипотиреоз; бүйрек үсті безінің туа біткен гипоплазиясы.

4. Ерлі-зайыптылардың туыстық қатынасы.

**5.7. Жүктіліктің қолайсыз нәтижесінің "қауіп" факторлары**

I. Әлеуметтік-биологиялық (анасының жасы 18-ге дейін және 35 жастан жоғары; әкесінің жасы 40-тан жоғары; ата-анасының кәсіби зияндылығы; темекі шегу, маскүнемдік, нашақорлық, уытқұмарлық; анасының антропометриялық көрсеткіштері (бойы 150 см және одан төмен, салмағы нормадан 25% жоғары немесе төмен)).

II. Акушерлік-гинекологиялық анамнез: 4 және одан да көп босану; бірнеше рет немесе асқынған түсіктер; жатыр мен оның қосалқыларына операциялық араласулар; жатырдың даму кемістіктері; бедеулік; жүктілікті көтере алмау, дамымайтын жүктілік; мерзімінен бұрын босану; өлі ұрықтың туылуы; неонаталдық кезеңдегі өлім; генетикалық аурулары бар, даму ауытқулары бар, дене салмағы төмен немесе ірі балалардың туылуы; алдыңғы жүктіліктің асқынған ағымы; бактериалды-вирустық гинекологиялық аурулар (герпес, хламидиоз, цитомегалия, мерез, гонорея және т. б.);

III. Экстрагенитальды патология: жүрек ақаулары; зәр шығару, эндокриндік жүйенің аурулары; қан, бауыр, өкпе, дәнекер тінінің аурулары; жедел және созылмалы инфекциялар; алкоголизм, нашақорлық.

IV. Жүктіліктің асқынуларына мыналар жатады: құсу; жүктіліктің I және II жартысында қан кету; кеш гестоз; көп және аз сулылық; плацентарлы жеткіліксіздік; анемия; Rh және АВО изосенсибилизация; вирустық инфекцияның өршуі (жыныс герпесі, цитомегалия, т.б.); анатомиялық тар жамбас; ұрықтың дұрыс орналаспауы; мерзімінен асқан жүктілік.

 Жоғары "қауіпті" топтағы жүкті әйелдерді әйелдер консультациясының меңгерушісі қарайды, көрсетілімдер болған кезде жүктілікті сақтау мүмкіндігі туралы мәселені шешу үшін тиісті мамандарға консультацияға жіберіледі.

Акушерлік патологиясы бар жүкті әйелдер мамандандырылған акушерлік стационардың патология бөлімшесіне, экстрагениталдық патологиясы бар әйелдер тексеру және емдеу жүргізу үшін тұрғылықты жері бойынша бейінді соматикалық стационарға емдеуге жатқызылады. Ауыр акушерлік және экстрагениталдық патологиясы бар жүкті әйелдер кеңейтілген тексеру, емдеу немесе жүктілікті сақтау туралы мәселені шешу үшін мамандандырылған акушерлік стационарға немесе ауданаралық перинаталдық орталыққа жіберіледі.

Босану жоспары қауіп факторларын болжауды ескере отырып жасалады. I деңгейдегі босану үйлерінде перинаталдық және басқа да қауіп факторлары жоқ әйелдерде қалыпты шұғыл босануды жүргізу көзделген.

Босанғанға дейін жоспарлы немесе шұғыл түрде ауруханаға жатқызуды экстрагениталдық патология және жүкті әйелдердің патологиясы, жүктілік мерзімінде 32 аптадан артық мерзімінен бұрын босандыру кезінде II-III деңгейдегі босану үйлерінде жүзеге асырады. Жүкті әйелдерді III деңгейдегі босану үйлеріне жатқызу 32 аптаға дейін жеткізу қажет болған кезде жүзеге асырылады.

**5.8. Әйелдер арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша жұмыс**

 Дәрігерлер және орта медицина қызметкерлері ӘК қызмет көрсету ауданында тұратын тұрғындар арасында СӨС қалыптастыру бойынша жұмыс жүргізеді. Бұл жұмысты орындау үшін ай сайын әрбір дәрігер мен орта медицина қызметкеріне 4 сағат жұмыс уақыты бөлінеді. Бұл жұмысты орындау кезінде санитарлық ағартудың келесі әдістері кеңінен қолданылады:

- дәрігердің қабылдауында жеке және топтық әңгімелесулер;

- "Ана мектебінде" сабақтар (жүктіліктің 15-16 аптасынан бастап);

- босануға психопрофилактикалық дайындық (жүктіліктің 32-34 аптасы);

- "Әкелер мектебі" бағдарламасы бойынша сабақтар болашақ әкелер үшін ұйымдастырылады;

- жүкті әйелдер мен олардың күйеулерінің бірлескен сабақтарын өткізу.

 Жүкті әйелдерде СӨС қалыптастыру бойынша жұмыстың негізгі мақсаты санитарлық мәдениетті арттыру, ана мен баланың денсаулығын қорғау жөніндегі заңнаманың негіздерімен танысу, өз денсаулығына ғана емес, болашақ баланың денсаулығына да жауапты қарауға тәрбиелеу, сондай-ақ жаңа туған нәрестені тамақтандыру және күту ережелерін үйрету болып табылады.

Дәрістер мен әңгімелесулер өткізу кезінде әйелге гигиеналық нормалар мен ережелерді сақтау, диета, еңбек және демалыс режимі, жыныстық өмір гигиенасы, жүктіліктің әртүрлі мерзімінде ӘК жүйелі медициналық бақылау, босануға физиопсихопрофилактикалық дайындық бойынша жеке және топтық сабақтарға қатысу қажеттігі түсіндіріледі.

**5.9. Ауыл тұрғындарына амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық**

**көмек көрсету**

 Ауыл халқына акушерлік-гинекологиялық көмек орталық аудандық ауруханаларда (ОАА), отбасылық-дәрігерлік амбулаторияларда (ОДА) және фельдшерлік-акушерлік пункттердегі (ФАП) әйелдер консультациясында көрсетіледі. Әкімшілік аумақтың ауыл халқына акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету жөніндегі ұйымдастыру-әдістемелік басшылықты аудандық акушер-гинеколог жүзеге асырады.

Ауылдық жерлерде әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмекті ұйымдастырудың ерекшелігі оны көрсетудің кезеңділігі болып табылады, ол ауыл әйелдерін білікті дәрігерлік медициналық көмекпен қамтамасыз етуге және оны халыққа барынша жақындатуға мүмкіндік береді.

І кезеңде акушерлік-гинекологиялық көмекті ауыл әйелдері ФАП акушерлері мен ОДА фельдшерлерінен алады. Қолайлы жалпы және акушерлік тарихы бар, жүктіліктің нақты асқынбаған өтуімен, дені сау әйелдер үнемі акушерлердің, орталық аудандық аурухананың әйелдер консультациясының акушер-гинеколог дәрігерінің немесе көшпелі дәрігерлік бригаданың динамикалық бақылауында болады.

**ФАП**-бұл ОДА құрамына кіретін емдеу-профилактикалық ұйым, халыққа дәрігерге дейінгі медициналық көмек көрсетуге, қызмет көрсету аумағында емдеу-профилактикалық және санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізуге арналған.

**ФАП келесі функцияларды орындайды:**

- Әйелдерге дәрігерге дейінгі медициналық көмек көрсету;

-Своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;

- Балалар мен жүкті әйелдердің патронажын уақтылы және тұрақты жүргізу;

- Дәрігердің басшылығымен акушерлік-гинекологиялық патологияны төмендетуге бағытталған емдеу-профилактикалық, санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-гигиеналық іс-шаралар кешенін жүргізу;

- СӨС қалыптастыру бойынша жұмыстарды ұйымдастыру және жүргізу;

- Ана мен бала өлімін төмендету бойынша іс-шараларды орындау.

**ФАП акушері міндетті:**

- Мақсаты медициналық сауаттылықты арттыру, ана мен басқа да отбасы мүшелеріне балаларды күту, емізу және тәрбиелеу әдістерін практикалық оқыту болып табылатын жүкті әйелдерге үнемі патронаж жасауды жүзеге асыру;

- Дәрігерге бірінші кезекте жіберу үшін "қаупі" жоғары топтағы әйелдерді анықтау мақсатында алдын ала профилактикалық медициналық тексерулер жүргізу;

- Динамикалық бақылаудағы науқастар мен пациенттердің дәрігерге уақтылы баруын бақылау;

- Дәрігердің тағайындауы бойынша жиі және ұзақ ауыратын науқастарға рецидивке қарсы және курстық ем жүргізу.

ФАП-та белгіленген есепке алу-есеп беру медициналық құжаттамасы жүргізіледі, жоғары тұрған денсаулық сақтау органдарына қызмет туралы жоспарлар мен есептер жасалады және ұсынылады.

II кезеңде әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмекті аудандық орталық ауруханалардың әйелдер консультацияларының дәрігерлері көрсетеді.

Жүкті әйелдерге денсаулық жағдайын тереңдетіп тексеру жүргізіледі, оны алдыңғы кезеңде жүргізу мүмкін болмайды, қажет болған жағдайда басқа мамандардың консультациялық тексерулері жүргізіледі. Тексеруден кейін жүкті әйелдерді динамикалық бақылаудың жеке жоспары жасалады, қажет болған жағдайда жүктілікті одан әрі сақтаудың орындылығы туралы мәселені шешеді.

Ауыр экстрагенитальды, акушерлік патологиясы бар жүкті әйелдер және мамандандырылған көмек көрсетуді қажет ететін гинекологиялық науқастар (бедеулік, әдеттегі көтермеу, балалар мен жасөспірімдердегі гинекологиялық аурулар және т.б.) II және III деңгейдегі перзентханаларға жіберіледі.

Ауылдық жерлердегі әйелдерге шұғыл медициналық көмекті анестезиолог-реаниматологтармен және басқа мамандармен бірге акушер-гинекологтардың көшпелі бригадалары көрсетеді.

**5.10. Әйелдер консультациясы қызметінің көрсеткіштері**

Әйелдер консультациялары қызметінің сапалық көрсеткіштерін есептеу және талдау түпкілікті нәтижелер моделі негізінде жүргізіледі.

**Нәтижелілік көрсеткіштері**

1. **Алдын-алу жұмыстары**

|  |
| --- |
| **1.1. Әйелдерді профилактикалық тексерумен қамтудың толықтығы***Нақты тексерілген әйелдер саны × 100/ жоспар бойынша тексерілетін әйелдер саны* |
|   |
| **1.2. Онкоцитологияға тексерілген әйелдердің пайызы***Онкоцитологияға жағынды алған әйелдердің саны × 100/* *Нақты тексерілген әйелдер саны* |

|  |
| --- |
| **1.3. Кәсіби тексеру кезінде әйелдерде ауруларды анықтау***Кәсіби тексеру кезінде анықталған аурулардың саны барлығы (оның ішінде нозологиялық нысандар бойынша) × 100 / нақты тексерілген әйелдер саны* |

1. Түсіктерді азайту бойынша жұмыс

2.1. Фертильдік жастағы әйелдердің пайыздық үлесі

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Фертильді жастағы әйелдер саны × 100 / әйелдердің орташа саны*

|  |
| --- |
| 1. **Диспансерлік бақылау көлемі**

*Есепті жылдың соңына диспансерлік есепте тұрған ауру әйелдердің саны × 100 / әйелдер халқының орташа саны* |
|  |
| * 1. **Диспансеризациямен қамтудың толықтығы**

*Жыл басына диспансерлік есепте тұрған ауру әйелдердің саны + жыл ішінде жаңадан бақылауға алынған ауру әйелдердің саны (ешқашан келмеген) × 100 / тіркелген ауру әйелдердің саны* |
|  |
| * 1. **Диспансерлеудің тиімділігі (емделуіне байланысты диспансерлік**

 **бақылаудан алынған диспансерлік науқастардың үлес салмағы)***Емделуіне (денсаулығының жақсаруына) байланысты диспансерлік есептен шығарылған ауру әйелдердің саны × 100/**Жыл соңына есепте тұрған науқас әйелдер саны* |

 |
|  |
| **3.3. Әйелдерде жатырішілік контрацептивтерді (ЖІК) қолдану***ЖІК-мен есепте тұрған әйелдер саны × 100 / фертильді жастағы әйелдер саны* |
|  |

**4.Жүкті әйелдерге қызмет көрсету бойынша жұмыс көрсеткіштері**

**4.1. Жүкті әйелдердің әйелдер консультациясының бақылауына уақтылы түсуі**

|  |
| --- |
| *Жүктілік мерзімі 12 аптаға дейін бақылауға алынған әйелдер саны × 100 / есепті жылы СК бақылауға алынған жүкті әйелдер саны* |
|  |
| **4.2. Жүкті әйелдерді диспансерлік бақылаумен қамтудың толықтығы***ӘК бақылауындағы жүкті әйелдер саны**есепті жылы × 100 / бітірген әйелдер саны**есепті жылдағы жүктілік* |
|   |
| **4.3. Жүкті және босанған әйелдерге әйелдер консультациясына барудың орташа саны***Есепті жылы туған жүкті әйелдердің әйелдер консультациясына бару саны/ есепті жылы босанған әйелдердің саны* |
|  |

**4.4. Жүкті әйелдерді тексерудің толықтығы мен уақтылығы**

|  |
| --- |
| **4.4.1. Терапевт қараған жүкті әйелдердің үлес салмағы***Терапевт қараған жүкті әйелдер саны × 100 / есепті жылы жүктілікті аяқтаған әйелдер саны*  |

1. **Жүктілік нәтижелері**

|  |
| --- |
| **5.1.Босанумен аяқталған жүктіліктің үлес салмағы***Жүктілік босанумен аяқталған әйелдер саны × 100 / ӘК-нің бақылауындағы жүкті әйелдердің жалпы саны* |
|   |

**5.2. Мерзімінен бұрын және мерзімінен кеш босанудың нақты салмағы ұқсас есептеледі**

|  |
| --- |
|  **5.3. Түсік түсіру жиілігі***Есепті жылдағы түсіктер саны × 100 / фертильді жастағы әйелдер саны* |
|  |
| **5.4. Абортпен аяқталған жүктіліктің жиілігі***Түсік түсірумен аяқталған жүктілігі бар әйелдер саны × 100 / жүкті әйелдердің жалпы саны, ӘК бақылауындағы тұрғандар саны*  |
|   |
| **5.5. Аборт пен босанудың арақатынасы***Есепті жылдағы түсіктер саны / есепті жылдағы туу саны* |
|  |
| * 1. **Жүктілік кезіндегі патологиялық жағдайлардың туындау жиілігі**

*Ерте (кеш) токсикоздардан зардап шегетін жүкті әйелдердің саны)**× 100 / есепті жылдағы жүктілікті аяқтаған әйелдер саны* |
|   |

**6. Акушерлік-терапиялық-педиатриялық кешен жұмысын ұйымдастыру**

 Ана мен баланың денсаулығына әртүрлі факторлар әсер етеді. Халықтың ұрпақты болу денсаулығын жақсарту, балалардың аурушаңдығы мен мүгедектігін төмендету, сәбилер мен аналар өлім-жітімі көрсеткіштерін тұрақтандыру өскелең ұрпақтың денсаулығын сақтауға, әйелдердің қалыпты репродуктивтік функциясы мен прегравидарлық денсаулығын қалыптастыруға белгілі бір тәсілді талап етеді.

 Әйелдер мен балалардың денсаулығын бақылауға акушерлік, балалар және жалпы клиникалық желілердің Денсаулық сақтау ұйымдары да қатысады. Сондықтан Ана мен бала денсаулығын қорғау жүйесін ұйымдастыруды жетілдіру жасөспірім қызды – ұрпақты болу жасындағы әйелді-жүкті босанған әйелді - жаңа туған баланы – өмірдің бірінші жылындағы баланы – 1-17 жастағы балаларды үздіксіз бақылаудың функционалдық жүйесі негізінде жүргізілуге тиіс, ол әйелдер мен балаларға қызмет көрсетуге қатысатын акушерлік, балалар және жалпы дәрігерлік желі Денсаулық сақтау ұйымдарының өзара іс – қимылын қамтуға тиіс. Мұндай өзара әрекеттесу акушерлік-терапевтік-педиатриялық кешендерді (АТПК) құру кезінде мүмкін болады.

Акушерлік-терапиялық-педиатриялық кешен-бұл акушерлік, балалар және жалпы клиникалық желінің Денсаулық сақтау ұйымдарының функционалдық, әкімшілік немесе аралас әкімшілік-функционалдық кешен түріне негізделген бірлестігі. АТПК жүйесіндегі ең бастысы кешеннің Денсаулық сақтау ұйымдары орындайтын функцияларды, сондай-ақ әйелдер мен балалар денсаулығының бұзылуының алдын алуға кешенді көзқарасты қамтамасыз ететін олардың арасындағы байланыстарды оңтайландыру және интеграциялау болып табылады.

 Функционалдық байланыстар жүйесін әзірлеу басшылар мен дәрігерлерден қосымша міндеттерді енгізу, қосымша құжат айналымы есебінен емес, медициналық персоналдың бір типті болып табылатын және акушерлік, балалар және емдеу желісі шеңберінде орындалатын міндеттер кешенін орындау уақыты мен орны бойынша оңтайлы үйлестіру есебінен жүзеге асырылады.

Кешендердің АТП жағдайында әйелдерді, балаларды және жасөспірімдерді үздіксіз бақылау жүйесі кешеннің ұйымдастырушылық және функционалдық құрылымымен, материалдық-техникалық базаны, кешеннің диагностикалық және емдік мүмкіндіктерін бірлесіп пайдалануды, ана мен бала денсаулығын қорғаудың әрбір кезеңінде учаскелік персоналдың функцияларын біріктіруді қамтамасыз ететін бірыңғай басқару органының болуымен қамтамасыз етіледі.

**6.1 АТП кешендерінің қалыптасу принциптері:**

- кешенге кіретін Денсаулық сақтау ұйымдарына қызмет көрсету аумағының ортақтығы;

- кешен аумағында тұратын әйелдер, балалар мен жасөспірімдер контингентінің ортақтығы;

- АТП кешенінің Денсаулық сақтау ұйымдарын басқару жүйесін интеграциялау;

- әрбір деңгей кешені шеңберіндегі бақылау жүйесінің ортақтығы;

- әйел мен бала денсаулығының бұзылуының алдын алуға кешенді тәсіл.

**6.2. АТП кешеннің құрылымы**

 АТП бірінші (амбулаториялық-емханалық) деңгейінде кешендер әйелдер консультациясының, балалар емханасының және ересектерге арналған емхананың құрамында қалыптасады. Амбулаториялық-емханалық кешенді құру балалар емханасының жалпы қызмет көрсету ауданына және әйелдер консультациясына қызмет көрсету ауданымен ересектерге арналған емханаға негізделеді. Аумақтық амбулаториялық-емханалық кешендердің саны әйелдер консультацияларының санына сәйкес келеді. Амбулаториялық-емханалық кешен шеңберінде акушерлік-гинекологиялық учаске, 4-5 терапиялық және 2-3 педиатриялық учаске құрамында учаскелік АТПК қалыптастырылады. Учаскелік кешендердің саны акушерлік-гинекологиялық учаскелердің санына сәйкес келеді.

Екінші (аудандық) деңгейде аудандық АТПК қалыптастырылады, олардың саны қаланың немесе облыстың аудандарға әкімшілік бөлінісімен айқындалады. Аудандық АТПК құрамына осы ауданның амбулаториялық-емханалық кешендері, перзентхана немесе босандыру бөлімшесі, балалар ауруханасы және жалпы клиникалық желі кіреді.

Үшінші (қалалық, облыстық) деңгейде аудандық кешендердің және олармен байланысты қаланың немесе облыстың денсаулық сақтау ұйымдарының құрамында қалалық немесе облыстық АТП кешені құрылады.

**6.3. АТП бірлестіктерін комплекстеу түрлері:**

- кешенге кіретін үш желінің (акушерлік, балалар және жалпы клиникалық) Денсаулық сақтау ұйымдарының әкімшілік бағыныстылығына негізделген кешендеудің әкімшілік типі;

- кешенге енгізілген және осы аумаққа қызмет көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының функционалдық бағыныстылығына негізделген кешендеудің функционалдық-аумақтық типі;

-кешеннің аралас (әкімшілік-функционалдық-аумақтық) типі, оның негізінде кешеннің денсаулық сақтау ұйымдарының әкімшілік бағыныстылығының басқа денсаулық сақтау ұйымдарының функционалдық-аумақтық бағыныстылығымен ұштасуы жатыр.

Комплекстің кез-келген түрімен АТПК жүйесі қосымша штаттарды қажет етпейді, сайттағы әйелдер, балалар және ересектер санының нормативтік санына сәйкес құрылады.

**7. Денсаулық сақтаудың стационарлық ұйымдарында жүкті әйелдерге емдеу-диагностикалық көмекті ұйымдастыру**

Жүкті әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге стационарлық медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің негізгі міндеті қызмет көрсетілетін контингенттің жоғары білікті, мамандандырылған медициналық көмекке қажеттіліктерін толық қанағаттандыру болып табылады.

Стационарлық босандыру қызметінің құрылымы

-орталық аудандық ауруханалар құрылымындағы акушерлік-гинекологиялық бөлімшелер, перзентханалар;

- қалалық, облыстық перзентханалар;

- көпбейінді ауруханалардың акушерлік-гинекологиялық бөлімшелері;

-жоғары медициналық оқу ұйымдарының Акушерлік және гинекология кафедраларының базасы болып табылатын клиникалық босандыру емдеу-профилактикалық ұйымдары.

**7.1. Перзентханаларда медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру**

 Перзентхана-жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезеңде, гинекологиялық аурулар кезінде әйелдерге стационарлық акушерлік-гинекологиялық көмекті, сондай-ақ жаңа туған балаларға медициналық көмекті қамтамасыз ететін емдеу-алдын алу ұйымы. Медициналық көмек көрсету аумақтық қағидат бойынша жүзеге асырылады. Алайда, алғашқы және шұғыл медициналық көмек барлық жүкті және босанған әйелдерге тұрғылықты жері мен ведомстволық бағыныстылығына қарамастан көрсетіледі.

Перзентханаға емдеуге жатқызу емдеу-алдын алу ұйымының жолдамасы бойынша жоспарлы тәртіппен; жедел медициналық жәрдем бойынша, босандыру қызметінің дамуына, кенеттен пайда болған ауруларға (жай-күйлерге) немесе жазатайым оқиғаларға байланысты пациенттерді бөлімшеге жедел жәрдем бригадалары жеткізгенде; емдеу-алдын алу ұйымын жолдамастан, өз бетінше, өз бастамасы бойынша жүзеге асырылады.

Перзентхананың қуаты мен құрылымы қызмет көрсетілетін аймақ халқының акушерлік-гинекологиялық және перинаталдық көмектің негізгі түрлеріне қажеттілігімен айқындалады.

Перзентхананы бас дәрігер басқарады, перзентхананың қуаттылығына байланысты бас дәрігердің орынбасарлары тағайындалады:

- емдеу жұмысы бойынша;

- медициналық сараптама және оңалту бойынша;

- жоспарлы-экономикалық жұмыс бойынша;

- әкімшілік-шаруашылық жұмысы бойынша.

Перзентхананы басқару аппаратына мыналар да жатады:

- бас бухгалтер;

- бөлімшелер мен бөлімшелердің меңгерушілері;

- кабинет меңгерушілері;

− бас медбике.

**7.2. Акушерлік стационардың міндеттері мен функциялары**

Акушерлік стационарлар қызметінің негізгі мақсаты жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету, сондай-ақ жаңа туған балалар мен ұрпақты болу жүйесі аурулары бар әйелдерге медициналық көмек көрсету болып табылады.

Перзентхана бөлімшесі келесі міндеттерді орындайды:

1) перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидаттарын сақтауды ескере отырып, шұғыл және жоспарлы стационарлық акушерлік, гинекологиялық, неонатологиялық көмек көрсету;

2) аумақтық қағидат бойынша амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдармен және перинаталдық орталықтармен сабақтастық;

3) бекітілген аумақтағы босандыру қызметінің жұмысын талдау және мониторингілеу;

4) ана мен перинаталдық өлім жағдайларын, жүктіліктің, босанудың, босанғаннан кейінгі кезеңнің ауыр асқынуларын және жаңа туған нәрестелердегі ауыр ауруларды талдау;

5) медицина қызметкерлері үшін оқыту семинарларын өткізу;

6) акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық қызметтің негізгі көрсеткіштері бойынша статистикалық деректерді талдау.

Перзентхананың функциялары:

1) жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерге стационарлық акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету, жаңа туған балалар мен ұрпақты болу жүйесінің аурулары бар әйелдерге медициналық көмек көрсету;

2) ұрпақты болу жүйесі ауруларының профилактикасын, диагностикасын және оларды емдеуді жүзеге асыру;

3) жүктілікті үзу және жүктілікті үзуге байланысты медициналық көмек көрсету;

4) әйелдерді санитариялық-гигиеналық дағдыларға үйрету, отбасын жоспарлау, бала емізу, ұрпақты болу жүйесі ауруларының алдын алу, жыныстық жолмен берілетін аборттар мен инфекциялардың алдын алу;

5) жүкті әйелдерді, босанатын әйелдерді, босанған әйелдерді, гинекологиялық науқастар мен жаңа туған нәрестелерді жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін басқа денсаулық сақтау ұйымдарына жіберу мақсатында медициналық көрсетілімдерді айқындау;

6) еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптама жүргізу, жүктілігі және босануы бойынша еңбекке жарамсыздық парақтарын беру, еңбекке қабілеттілігінен тұрақты айрылу белгілері бар әйелдерді белгіленген тәртіппен медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу;

7) әйелдер, жаңа туған балалар және медициналық персонал арасында ауруханаішілік инфекциялармен сырқаттанушылықтың алдын алу мақсатында санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қарсы режимдерді ұйымдастыру және қамтамасыз ету болып табылады;

8) әйелдердің акушерлік асқынулары мен ауыр экстрагениталдық ауруларының, жаңа туған нәрестелер ауруларының себептеріне талдау жүргізу;

9) ана мен перинаталдық өлім-жітім себептерінің статистикалық мониторингі мен талдауын жүзеге асыру;

10) жаңа туған нәрестелерге вакцинопрофилактиканы қамтамасыз ету және оларды белгіленген тәртіппен тұқым қуалайтын ауруларға зерттеп-қарауды жүргізу;

11) әйелдер мен жаңа туған нәрестелердің перзентханада болу кезеңінде тамақтануын ұйымдастыру;

12) бастапқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарымен, сондай-ақ басқа да медициналық ұйымдармен (туберкулезге қарсы, тері-венерологиялық, онкологиялық диспансерлермен, ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі орталықтармен, инфекциялық стационарлармен және басқалармен) ынтымақтастық);

13) есепке алу және есеп беру құжаттамасын жүргізу.

Перинаталдық орталық келесі міндеттерді орындайды:

1) жүктілікті, босануды жүргізу тактикасын таңдау үшін қауіп факторлары бар жүкті әйелдерге консультациялық-диагностикалық көмек көрсетеді, сондай-ақ медициналық көмек көрсету деңгейін айқындайды;

2) стационарлық акушерлік, гинекологиялық, неонатологиялық көмекті жүзеге асырады. Перинаталдық патологияны іске асыру қаупі бар жүкті әйелдерді, босанатын әйелдерді және босанған әйелдерді емдеуге жатқызуға арналған, гестация мерзімі 22 - 33 апта болған кезде мерзімінен бұрын босану, сондай-ақ жүктілігі мен босануы асқынбаған әйелдер емдеуге жатқызылуы мүмкін;

3) мамандандырылған Акушерлік және неонаталдық көмекке мұқтаж жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге және науқас жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде дене салмағы 1500,0 грамм және одан аз, неғұрлым төмен деңгейдегі ұйымнан ауыстырылған шала туған нәрестелерге медициналық көмектің барлық түрлерін көрсетеді;

4) науқас нәрестелерге оңалту іс-шараларын жүргізеді, шала туған нәрестелерге күтім жасауды жүзеге асырады;

5) медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарымен және босандыру бөлімшелерімен ынтымақтасады;

6) акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық көмек көрсетудің өзекті мәселелері бойынша семинарлар, конференциялар ұйымдастырады және өткізеді;

7) акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық қызметтерде диагностикалау мен емдеу хаттамаларын әзірлеуге қатысады және енгізеді;

8) телекоммуникациялық ақпараттық-талдау жүйелерін пайдалана отырып, жаңа туған нәрестелерге медициналық көмек көрсету бойынша консультациялар жүргізеді;

9) республикалық денсаулық сақтау ұйымдарымен "кері байланыс" қағидаты бойынша ақпарат алмасады;

10) әйелдерді жүктіліктің, босанудың және босанғаннан кейінгі кезеңнің асқынған ағымынан кейін оңалтуды жүргізеді;

11) перинаталдық орталық облыс орталықтарында, республикалық маңызы бар қалада, астанада құрылады және мамандандырылған акушерлік, гинекологиялық және неонатологиялық көмек көрсетеді.

6. Перинаталдық орталықтың функциялары:

1) жүкті әйелдерге, жоғары қауіпті топтағы босанатын және босанған әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге, сондай-ақ ұрпақты болу функциясы бұзылған әйелдерге қазіргі заманғы емдеу-диагностикалық технологияларды пайдалану негізінде консультациялық-диагностикалық, емдік және оңалту көмегін көрсету;

2) қаупі жоғары топтағы жүкті әйелдерге жоспарлы консультация беруді жүргізу, медициналық көмек көрсету деңгейін сақтау, ауруханаға жатқызу уақтылығы және босанғаннан кейінгі кезеңде оңалту қажеттігі бойынша бақылауды жүзеге асыру;

3) қарқынды терапияны қажет ететін жүкті, босанатын, босанған әйелдер мен жаңа туған нәрестелерді мамандандырылған медициналық көмекпен қамтамасыз ету;

4) жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде дене салмағы төмен және өте төмен нәрестелерге реанимациялық көмек және қарқынды терапия көрсету;

5) өңірдің акушерлік-гинекологиялық және неонатологиялық қызметтерінің негізгі көрсеткіштерінің статистикалық деректерін жинау және талдау жүргізу;

6) еңбекке уақытша жарамсыздыққа сараптаманы, жүктілігі және босануы бойынша еңбекке жарамсыздық парақтарын, гинекологиялық науқастарды беруді жүзеге асыру, еңбекке қабілеттілігінен тұрақты айрылу белгілері бар әйелдерді медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу;

7) әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге көмектің көшпелі нысандарын ұйымдастыру (анестезиологиялық-реанимациялық бригада, акушерлік-гинекологиялық бригада, неонаталдық бригада);

8) өз қызметінде ана мен перинаталдық сырқаттанушылық пен өлімді төмендетуге, әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған профилактиканың, диагностика мен емдеудің қазіргі заманғы және тиімді медициналық технологияларын пайдалану болып табылады;

9) акушерлік, гинекологиялық, неонатологиялық көмек көрсету сапасына сараптама жүргізу;

10) әртүрлі патологиясы бар жаңа туған нәрестелерді емдеу және оңалту нәтижелері туралы деректерді жүйелеу;

11) әйелдерге медициналық-психологиялық көмекті жүзеге асыру;

12) перинаталдық көмек мәселелері бойынша дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың кәсіби даярлығын арттыруды, Акушерия, гинекология және перинатологияның өзекті мәселелері бойынша конференциялар/кеңестер өткізуді, сондай-ақ жергілікті жерлерде мастер-кластар өткізуді қоса алғанда, әдістемелік жұмысты ұйымдастыру;

13) халыққа перинаталдық көмек, ұрпақты болу денсаулығы және ана болу қауіпсіздігі мәселелері бойынша қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламаларының іске асырылуын қамтамасыз ету болып табылады.

**7.3. Босандыру бөлімшелері меңгерушісінің міндеттері**

1. Бөлімшені басқаруды жүзеге асыру (дәрігерлер, аға мейіргер, мейіргер, мейіргер, үй иесі, үлестіруші, санитарлар).

2. Бөлімшеде күн сайын жедел кеңестер өткізу (дәрігерлерден, орта медициналық қызметкерлерден кезекшіліктер қабылдау).

3. Жұмыс кестесін құру.

4. Бөлім қызметкерлерінің демалыс кестесін құру.

5. Жаңадан келген науқастарды, сондай-ақ ауыр жағдайдағы жүкті, босанған және босанған әйелдерді тексеріңіз.

6. Бөлімшеде медициналық ғылым мен практиканың заманауи жетістіктері деңгейінде пациенттерді уақтылы тексеруді, емдеуді және босануды ұйымдастыру және қамтамасыз ету.

7. Бөлімшедегі емдеу-диагностикалық процесті бақылау.

8. Диагностикалық және емдеу мәселелерін шешу үшін бөлімшеде консультацияларды тағайындаудың орындылығын бақылау.

9. Басқа бөлімшелерде консультациялар жүргізу.

10. Консилиумдарды ұйымдастыру.

11. Клиникалық және клиникалық-анатомиялық конференцияларды ұйымдастыру және өткізу.

12. Бас дәрігер бекіткен кестеге сәйкес кешкі және түнгі уақытта, демалыс және мереке күндері перзентхана бойынша кезекшілік етуге.

13. Жоспарлы және шұғыл операцияларды жүргізуге қатысу.

14. Науқастарды бөлімшеден ауыстыру мәселелерін шешу, босану тарихын, эпикриздерді тексеру және қол қою – пациенттерді басқа бөлімге ауыстыру кезінде.

15. Сапа деңгейінің деректерін босану тарихының титулдық парағына және жеке қолы қойылған статистикалық картаға шығара отырып, бақылаудың бірінші сатысында медициналық көмектің сапасын бақылау сараптамасын жүзеге асыру.

16. Бөлімшенің жұмысына медицина ғылымы мен техникасының жаңа жетістіктерін енгізу.

17. Бөлімшеде санитарлық-эпидемияға қарсы және емдеу-қорғау режимін бақылауды жүзеге асыру.

18. АІИ профилактикасын жүргізу.

19. Таңу материалын, дәрі-дәрмектерді, оның ішінде сандық есепке алынатын препараттарды сақтаудың, пайдаланудың, олардың шығынын есепке алудың дұрыстығын бақылау.

20. Еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасын бақылау.

21. Пациенттерді дәрігерлік-консультациялық комиссияға және медициналық-оңалту сараптамалық комиссиясына ұсыну.

22. Науқастардың бөлімшедегі ішкі тәртіп ережелерін орындауын бақылайды.

23. Бөлімшелерде үнемі әкімшілік тексерулер жүргізу.

24. Деонтология бойынша медицина қызметкерлерінің дайындық деңгейін жүйелі түрде арттыруды қамтамасыз ету, білікті дәрігерлер мен акушерлердің білімі мен тәжірибесін пайдалана отырып, жас мамандарды деонтологиялық тәрбиелеуді ұйымдастыру.

25. Бөлімнің тоқсандық және жылдық жұмыс жоспарларын жасау.

26. Бөлімшенің тоқсан және жыл ішіндегі жұмыс көрсеткіштерін талдау.

27. Әкімшіліктің бұйрықтары мен өкімдерін, сондай-ақ әдістемелік ұсынымдар мен басқа да нормативтік құжаттарды бөлімше қызметкерлерінің назарына уақтылы жеткізу.

28. Бөлімше қызметкерлері арасында сыбайлас жемқорлық пен парақорлықтың алдын алу бойынша іс-шаралар жоспарының орындалуын қамтамасыз ету.

29. Түпкілікті нәтиже моделі негізінде бөлімшенің қызметін талдау.

**7.4. Дәрігер–ординатордың міндеттері**

1. Жүкті, босанатын және босанған әйелдердің жай-күйінің бұзылуын ерте анықтауға және толық клиникалық-зертханалық тексеруге бағытталған барлық қажетті іс-шараларды ұйымдастыру және өткізу.

2. Ана мен перинаталдық өлім-жітімнің жоғары қаупі бар жүкті және босанатын әйелдер тобын анықтау және тиісті толық клиникалық-зертханалық тексеру жүргізу.

3. Жүкті, босанған және босанған әйелдерді тексерудің объективті әдістерін қолдану, олардың жағдайының бұзылуының жалпы және нақты белгілерін анықтау.

4. Науқастың жағдайының ауырлығын бағалау, зерттеу көлемін және емдеу шараларының реттілігін анықтау.

5. Шұғыл жағдайларда қажетті шұғыл медициналық көмек көрсету.

6. Қолданыстағы нормативтік-құқықтық актілерге сәйкес медициналық құжаттаманы жүргізу.

7. Бөлімшеде медициналық ғылым мен практиканың заманауи жетістіктері деңгейінде пациенттерді уақтылы тексеруді және емдеуді қамтамасыз ету.

8. Емдеу-қорғау режимі қағидаттарының және медициналық деонтология ережелерін сақтаудың, сондай-ақ персоналдың белгіленген ауруханалық режимді орындауының негізінде босанған әйелдерге қажетті күтімді қамтамасыз ету.

9. Босанудағы емдеу-диагностикалық іс-шаралардың уақтылы ұйымдастырылуын және орындалуын бақылау.

10. Қажет болған жағдайларда бөлімше меңгерушісімен, басқа мамандықтағы Дәрігерлермен пациенттерге консультация беруді жүргізу.

11. Өз жұмысында науқастарды алдын алу, диагностикалау және емдеудің заманауи әдістерін, оның ішінде кешенді терапия мен қалпына келтіру емін (дәрі-дәрмектер, диетотерапия, емдік дене шынықтыру, массаж, физиотерапия) қолдану.

12. Уақытша еңбекке жарамсыздыққа (ін) сараптама жүргізу туралы қолданыстағы ережеге сәйкес сараптаманы жүзеге асырады.

13. Эпидемияға қарсы іс-шараларды жүргізу: ерте анықтау, диагностикалау және емдеу, "жұқпалы ауру, тамақ, қатты кәсіптік улану, екпеге ерекше реакция туралы шұғыл хабарламаны" толтыру және әрбір анықталған инфекциялық науқасқа немесе инфекциялық ауруға күдіктіге тиісті гигиена, эпидемиология және қоғамдық денсаулық орталығына жіберу.

14. Пациенттер арасында салауатты өмір салты, отбасылық қарым-қатынас және зиянды әдеттердің әсерімен байланысты аурулардың алдын алу және т. б. мәселелер бойынша санитариялық-ағарту жұмыстарын белсенді жүргізу.

15. Бас дәрігердің емдеу жұмысы жөніндегі орынбасары бекіткен кестеге сәйкес перзентхана бойынша кешкі және түнгі уақытта, демалыс және мереке күндері кезекшілік етуге.

16. Шығаруға немесе басқа бөлімшелерге ауыстыруға жататын босанған әйелдер туралы, сондай-ақ диагнозы өзгерген жағдайда бөлімше меңгерушісіне баяндау.

17. Орта және кіші медицина қызметкерлерінің босанған әйелдерді емдеу және күту бойынша тағайындаулар мен нұсқауларды сапалы және уақтылы орындауын бақылау.

18. Ерекше дәрігерлік бақылауды талап ететін ауыр науқастанғандарды қадағалау қажеттігі туралы кезекші дәрігерді хабардар ету.

19. Жалпы ауруханалық конференцияларға, ауруханалық кеңестерге, клиникалық талдауларға, семинарларға белсенді қатысу арқылы өз біліктілігіңізді жүйелі түрде арттырыңыз.

20. Ішкі еңбек тәртібі ережелерін сақтау және оны бөлімшенің орта және кіші медицина қызметкерлерінің сақтауын бақылау.

21. Дәрігерлік этика және медициналық деонтология қағидалары мен қағидаттарын сақтау.

22. Еңбекті қорғау жөніндегі нормативтік актілер мен құжаттардың талаптарына сәйкес жұмыстарды орындау кезінде жұмыс орнында еңбекті қорғау, өрт қауіпсіздігі жөніндегі талаптарды сақтау.

**7.5. Босандыру бөлімшелері акушерінің міндеттері**

1. Жүкті, босанатын, босанған әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге дәрігерге дейінгі көмек көрсету.

2. Зертханалық зерттеулер үшін материалдар жинауды жүргізу.

3. Құрал-саймандарды, таңу құралдарын және науқастарды күту заттарын стерильдеуді жүргізу.

4. Дәрілік препараттардың дұрыс сақталуын, есепке алынуын және есептен шығарылуын қамтамасыз ету.

5. Медициналық тағайындаулардың сапалы және уақтылы орындалуын қамтамасыз ету.

6. Жұмыс орнында медициналық аппаратураның, медициналық құрал-саймандардың, дәрі-дәрмектердің, дезинфекциялық құралдардың дайындығын қамтамасыз ету.

7. Медициналық жабдықтардың, медициналық құралдардың, дәрі-дәрмектердің сақталуын қамтамасыз етеді.

8. Белгіленген медициналық құжаттаманы сапалы жүргізу.

9. Емдеу-диагностикалық іс-шараларды, шағын амбулаториялық және стационарлық операцияларды жүргізу кезінде дәрігерге көмек көрсету.

10. Медициналық этика және деонтология принциптерін сақтау.

11. Науқастарды жедел блокқа және реанимацияға тасымалдау.

12. Науқастарды перзентхананың басқа бөлімшелеріне консультацияға алып бару.

13. Уақытылы (жылына 1 рет) медициналық тексеруден өту.

14. Еңбекті қорғау, қауіпсіздік техникасы және өндірістік санитария, өрт қауіпсіздігі бойынша белгіленген талаптарды сақтау, берілген жеке қорғану құралдарын пайдалану.

15. Құрылымдық бөлімшенің немесе мекеменің басшысына жұмысты қалыпты орындауға кедергі келтіретін, денсаулық пен өмірге қауіп төндіретін жағдайлар туралы дереу хабарлау.

16. Мекемеде қолданыстағы ішкі еңбек тәртібі ережелерін, лауазымдық нұсқаулықта көзделген функционалдық міндеттерді орындау.

17. Жалпы ауруханалық конференцияларға, ауруханалық кеңестерге, семинарларға белсенді қатысу арқылы өз біліктілігіңізді жүйелі түрде арттыру.

18. Ішкі еңбек тәртібі ережелерін сақтау және бөлімшенің кіші медицина персоналының оны сақтауын қадағалау.

19. Бөлімшеде емдеу-қорғау және санитарлық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуын қадағалау, бөлімше үй-жайларын күрделі жинауды жүргізу.

**7.6. Перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейі бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсеткіштер**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I деңгей** | **II деңгей** | **III деңгей** |
| жүктіліктің 37 аптасынан бастап:жалған жиырылу, мерзімінде босану;қағанақ суының мерзімінен бұрын жарылуы;гестациялық жеңіл гипертензия;созылмалы жеңіл артериялық гипертензия;орташа анемия;ұрықтың жамбаспен келуі;бір кесарь тілігі операциясы/патология мен асқынусыз анамнездегі миомэктомия | жүктіліктің 34 аптасынан бастап:жалған жиырылу;34-36 апта ішінде мерзімінен бұрын босану;қағанақ суының мерзімінен бұрын жарылуы;орташа дәрежедегі гестациялық гипертензияорташа дәрежедегі созылмалы артериялық гипертензия;жеңіл дәрежелі преэклампсия;ауыр анемия;компенсацияланатын гестациялық қант диабеті;ұрықтың жамбаспен келуі;ремиссия және субкомпенсация сатысындағы экстрагениталдық аурулар;анамнезінде бір немесе екі кесарь тілігі операциясы патология мен асқынуларсыз;ұрықтың гемолитикалық ауруы белгілерінсіз резус-иммунизация;ұрықтың антенатальды өлімі;кейінге қалдырылған жүктілік;жүктілік индукцияланған экстракорпоральды ұрықтандыру (ЭКҰ бір ұрықты);Ұрық ішіндегі қанағаттанарлық жағдайдағы көп ұрықты жүктілік;ұрықтың қанағаттанарлық жағдайындағы су аздығы, Көпсулылық;кіші жамбас мүшелерінің даму аномалиялары, жамбас сүйектерінің деформациясы;ұрықтың туа біткен даму ақаулары, оның ішінде ұрықтың көптеген хромосомалық аурулары;туылғаннан кейін бірден хирургиялық емдеуді қажет етпейтін ұрықтың туа біткен ақаулары. | жүктіліктің 22 аптасынан бастап:жалған жиырылу;22-33 аптада мерзімінен бұрын босану;қағанақ суының мерзімінен бұрын пренатальды жарылуы;ауыр дәрежелі гестациялық гипертензияауыр дәрежелі созылмалы артериялық гипертензия;ауыр дәрежелі преэклампсия;эклампсия;декомпенсацияланған гестациялық қант диабеті;ауыр декомпенсацияланған экстрагенитальды аурулар;анамнездегі үш және одан да көп кесарь тілігі операциясы;жатырдың қатерсіз ісіктері және үлкен немесе көп мөлшерлі жатыр миомалары;ұрықтың гемолитикалық ауруы белгілерімен резус-иммунизация;плацентаның жатуы;индукцияланған жүктілік ЭКҰ (көп ұрықты);ұрықтың/ұрықтардың құрсақішілік жай-күйінің бұзылуымен көп ұрықты жүктілік;көп босанушылар;нәресте жағадайын нашарлатқан азсулылық, көпсулылық;ұрықтың құрсақ ішілік дамуынң кідіру синдромы;резус изоиммунизация;туғаннан кейін бірден операциялық араласуды және қарқынды терапияны талап ететін ұрық дамуының туа біткен ақаулары;туылғаннан кейін бірден хирургиялық емдеуді қажет ететін ұрықтың туа біткен ақаулары. |

**7.7. Акушерлік стационар қызметінің көрсеткіштері**

Перзентханалар қызметінің сапалық көрсеткіштерін есептеу және талдау түпкілікті нәтижелер моделі негізінде жүзеге асырылады

**Нәтижелілік көрсеткіштері**

1. **Босануды ауырсыздандыру.**

|  |
| --- |
| * 1. **Жүкті әйелдерді босануға психопрофилактикалық дайындау жиілігі**

*Босануға психопрофилактикалық дайындықтан өткен әйелдер саны × 100 /* *босану саны* |
|  |
| **1.2. Босану кезіндегі медициналық анестезияның жиілігі***Босану кезінде ауырсынуды басатын әйелдердің саны × 100 / босану саны* |
|  |
| **2. Босану кезіндегі асқынулардың жиілігі немесе әйелдерде босанғаннан кейінгі аурулардың пайда болуы***Асқынулар (аурулар) саны × 100 / босану саны* |

**3.Патологиялық босану**

|  |
| --- |
| **3.1. Плацентаның пайда болу жиілігі (ұрықтың дұрыс орналаспауы)***Плацентаның келуімен босану саны (ұрықтың дұрыс емес орналасуы) × 100/**өткізілген босанулар саны* |
| **3.2.Мерзімінен бұрын босану көрсеткіші***Мерзімінен бұрын босану саны × 100 / босану саны* |
|  |
| * 1. **. Шала туылған нәрестелердің туылу пайызы**

*Тірі шала туылған нәрестелер саны × 100 / тірі туылған балалар саны* |
| **3.4. Толық жетілгендер (шала туғандар) арасында 0-6 тәулік жастағы жаңа туған нәрестелердің аурушаңдығы)***Шала туған (шала туған) нәрестелер арасында ауру жағдайларының саны**0-6 тәулік жасында × 1000 / толық жетілгендер (шала туғандар) саны)**тірі туған балалар* |
|  |
| **4.Нәрестелердің даму ақауларының анықталуы***Ұрықтың ақауларын анықтау жағдайларының саны× 1000 / тексерілген жүкті әйелдер саны* |
|

|  |
| --- |
| 1. **Өлі туылу көрсеткіштері**

*Өлі туылған балалар саны × 100 / бір жылда тірі және өлі туылған балалар саны* |
|  |

 |

**Ақау көрсеткіштері**

**1. Босанудан кейінгі аурушаңдық**

|  |
| --- |
| **1.1. Операциядан кейінгі кезеңде асқынулардың жиілігі** *Кесарь тілігі операциясынан кейін асқыну дамыған әйелдер саны × 100 / кесарь тілігі операцияларының саны* |
|  |
| **1.2. Босанған әйелдерде іріңді-септикалық асқынулардың жиілігі***Босанғаннан кейінгі кезеңде іріңді-септикалық асқынумен асқынған босанған әйелдердің саны × 100 / есепті жылы босанған әйелдердің саны* |
|  |
| 1. **Нәрестелер өлім-жітімінің көрсеткіші**

*Өмірдің 1-ші жылында қайтыс болған балалар саны × 1000 / бір жылда тірі туылған балалар саны* |
|  |

|  |
| --- |
| * 1. **Нәрестелер өлім-жітімінің көрсеткіші**

*Өмірдің 1-ші жылында қайтыс болған балалардың саны × 1000 /2/3 есепті жылы тірі туғандар + базистік жылы тірі туылғандар + 1/3* |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2.Нәрестелер өлім-жітімінің көрсеткіші**Өмірдің 1-ші жылында қайтыс болған балалардың саны × 1000 /4/5 есепті жылы тірі туғандар +базистік жылы тірі туылғандар + 1/5 |
|  |
|  **2.3.** **Перинаталдық өлім***Өлі туылған балалар саны + 0-6 тәулік жастағы өлі нәрестелер саны × 1000 / бір жылда тірі және өлі туылған балалар саны* |
|  |

 Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) перинаталды кезеңді анықтады, ол ұрықтың ішілік өмірінің 22-ші толық аптасынан (154-ші күн) басталады (бұл уақытта дене салмағы 500 г құрайды) және туылғаннан кейін 7 толық күннен кейін (168 сағат) аяқталады.

Перинаталды кезең мыналарды қамтиды:

- антенатальды (жүктіліктің 22-ші аптасынан бастап босануға дейін);

- интранатальды (босану кезеңі);

- босанғаннан кейінгі немесе ерте неонатальды (өмірдің алғашқы 168 сағаты).

Антенатальды өлім мен интранатальды өлім барлығы өлі туылу көрсеткішін береді.

|  |
| --- |
| 1. **Неонатальды өлім**

*0-27 тәулік жасында қайтыс болған балалар саны × 1000 / бір жылда тірі туылған балалар саны* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Ерте неонатальды өлім**

*0-6 тәулік жасында қайтыс болған балалар саны × 1000 / бір жылда тірі туылған балалар саны* |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Кеш неонатальды өлім***7-27 тәулік жасында қайтыс болған балалар саны × 1000 / бір жылда тірі туылған балалар саны-0-6 тәулік жасында қайтыс болған балалар саны* |
|  |

|  |
| --- |
| **6.Босанғаннан кейінгі өлім***28 тәуліктен бір жылға дейінгі жаста қайтыс болған балалар саны × 1000/ бір жылда тірі туған балалар саны-0-27 тәулік жасында қайтыс болған балалар саны* |
|  |

|  |
| --- |
| **7.Ана өлім-жітімінің көрсеткішін есептеу** |
| *Қайтыс болған жүкті әйелдердің, босанатын әйелдердің, жүктілік, босану кезіндегі немесе босанғаннан кейінгі 42 күн саны х 100000 / тірі туған балалар саны* |

|  |
| --- |
| **8.Ана өлімі себептерінің құрылымын есептеу***Жеке себептерден қайтыс болған әйелдер саны / барлық себептерден қайтыс болған әйелдердің жалпы саны* |
|  |

 Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы ана өлімін жүктілікке байланысты, ұзақтығына және локализациясына қарамастан, жүктілік кезінде немесе ол аяқталғаннан кейін 42 күн ішінде оның жүктілігіне байланысты қандай да бір себептерден болған, бірақ жазатайым оқиғадан немесе кездейсоқ туындаған себептерден емес әйелдің өлімі ретінде анықтайды.

Ана өлімі екі топқа бөлінеді:

1. Акушерлік себептерге тікелей байланысты өлім, яғни жүктіліктің, босанудың, босанғаннан кейінгі кезеңнің акушерлік асқынулары, сондай-ақ араласулар, жіберіп алулар, дұрыс емделмеулер немесе аталған себептердің кез келгенінен кейінгі оқиғалар тізбегі нәтижесінде болатын өлім.

2. Акушерлік себептермен жанама байланысты өлім, яғни бұрын болған ауру немесе жүктілік кезінде пайда болған ауру нәтижесінде, тікелей акушерлік себепке байланысты емес, бірақ жүктіліктің физиологиялық әсеріне байланысты өлім.

Бұл көрсеткіш жүкті әйелдердің (түсік түсіруден, эктопиялық жүктіліктен, акушерлік патологиядан және гестацияның барлық кезеңінде ЭГП-дан), босанған әйелдердің, босанған әйелдердің жүктілік аяқталғаннан кейін 42 күн ішінде барлық шығындарын бағалауға мүмкіндік береді.

Көрсеткішті қала, облыс, ел деңгейінде есептеу керек. Ана өлімін талдау (АӨ) медициналық көмек көрсетудің әрбір деңгейінде жүргізілуі тиіс.

АХЖ-10 сәйкес АӨ көрсеткіші тірі туған 1000 балаға есептелуі тиіс. Алайда, ДДҰ дамыған елдерде қайтыс болғандардың аз санын және тиісінше 1000 тірі туылғандарға есептегенде көрсеткіштің шамалы шамасын ескере отырып, статистикалық көрсеткіштерде 100 000 тірі туылғандарға арналған есептерді келтіреді.

АӨ себептері құрылымының көрсеткіштері себептердің жалпы жиынтығында әр аурудың рөлі мен маңыздылығын анықтайды, яғни.барлық қайтыс болған әйелдер арасында өлімнің белгілі бір себебінің орнын анықтауға мүмкіндік береді.

АӨ құрылымын анықтаумен қатар жеке себептерден өлімнің қарқынды көрсеткішін есептеу өте маңызды.

 Босанудың оң тәжірибесін қалыптастыру үшін интранатальды кезеңде күтім жасау бойынша ДДСҰ ұсынымдары:

 Жыл сайын бүкіл әлемде 140 миллионға жуық босану болады, олардың көпшілігі ана мен бала үшін басында да, босану процесінде де қауіп-қатерсіз жүреді. Осыған қарамастан, босану ана мен баланың өмір сүруінің маңызды кезеңі болып табылады, өйткені асқынулар туындаған кезде өлім қаупі артуы мүмкін. Тұрақты даму саласындағы 3-мақсатқа сәйкес — салауатты өмір салтын қамтамасыз ету және кез-келген жастағы барлық адамдар үшін әл-ауқатқа ықпал ету-және әйелдер, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын қорғаудың жаңа жаһандық стратегиясы (2016-2030 жж.) денсаулық сақтаудың басым міндеті-асқынған босанудан болатын өлім-жітімнің алдын алу ғана емес, сонымен бірге баланың кейінгі сәтті дамуы.

 Ұзақ мерзімді пікірталастар мен зерттеулерге қарамастан, осы уақытқа дейін жалпыға бірдей қабылданған немесе стандартталған "қалыпты босану" тұжырымдамасы жоқ. Соңғы 20 жыл ішінде ана мен баланың болжамын жақсартуға арналған босанудың физиологиялық процесін бастауға, жеделдетуге, реттеуге және бақылауға немесе жүктілікті тоқтатуға бағытталған процедуралар санының едәуір өсуі байқалды. Белсенді медициналық араласу әйел денесінің табиғи репродуктивті қабілетіне де, босанған әйелдердің субъективті тәжірибесіне де теріс әсер етеді. Сонымен қатар, тікелей көрсетілімдер болмаған кезде босануға араласудың жоғарылауы әртүрлі материалдық мүмкіндіктері бар пациенттерге медициналық көмек көрсету деңгейіндегі алшақтықты арттырады.

 Нұсқаулар асқынбаған босануды жүргізудің жалпы қабылданған тәжірибесінде қолдануға арналған. Жоғары білікті күтім мен босанған әйелдің қалауын құрметтеу арқылы босанудың оң тәжірибесін қалыптастыру орталық идея болып табылады.Бұл нұсқаулар стандартты клиникалық тәжірибелерге қосымша емес. Бала туу-бұл көптеген аналар мен жаңа туған нәрестелер үшін асқынусыз жүретін физиологиялық процесс.

**8. Босанудың оң тәжірибесін қамтамасыз ету үшін интранатальды кезеңде күтім жасау бойынша ДДСҰ ұсынымдарының жалпы тізімі**

|  |  |
| --- | --- |
| **Күтім түрі** | **Ұсыныстар** |
| ***Босану және бала туудың барлық кезеңі*** |
| Босанған әйелге құрметпен қарау | Күтім жасау кезінде әйелге құрметпен қарау, оның қадір-қасиетін, жеке басының қауіпсіздігі мен құпиялылығын сақтау, сондай-ақ зиян келтіруден және дұрыс емделуден қорғауды, ақпараттандырылған таңдау мүмкіндігін және босану кезінде үздіксіз қолдауды қамтамасыз ету ұсынылады. |
| Тиімді байланыс | Қарапайым, мәдени тұрғыдан қолайлы ережелерді қолдана отырып, босанған әйел мен оған күтім жасайтын персонал арасында тиімді байланыс ұсынылады. |
| Босану бойынша серіктестің болуы | Босану бойынша серіктестің болуы барлық әйелдерге ұсынылады.  |
| Күтімнің үздіксіздігі | Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелді басқаратын таныс акушердің немесе акушерлер тобының басшылығымен күтім жақсы орнатылған тиісті бағдарламалар болған кезде ұсынылады. |
| ***Босанудың бірінші кезеңі*** |
| Босанудың бірінші кезеңінің жасырын және белсенді фазаларын анықтау | 5. Босанудың бірінші кезеңінің жасырын және белсенді фазаларының төменде көрсетілген анықтамаларын қолдану ұсынылады.- Жасырын фаза жатырдың жиырылуымен және жатыр мойны каналының өзгермелі өзгеруімен сипатталады, оның ішінде жатыр мойнының біршама тегістелуі және алғашқы және қайталанған босану кезінде жатыр мойны каналының 5 см-ге дейін біртіндеп ашылуы.- Белсенді фаза жатырдың тұрақты ауырсынуымен, жатыр мойнының тегістелуімен және жатыр мойны каналының 5 см-ден тез ашылуымен, алғашқы және қайталанған босану кезінде толық ашылуымен сипатталады. |
| Босанудың бірінші кезеңінің ұзақтығы | 6. Әйелдерге босанудың бірінші кезеңінің жасырын фазасының ұзақтығы догма болып табылмайтыны және кең шектерде өзгеретіні туралы хабарлануы тиіс, алайда оның ұзақтығы (жатыр мойны арнасының ашылуы 5 см-ден толық ашылғанға дейін) әдетте алғашқы босану кезінде 12 сағаттан және қайталанған босану кезінде 10 сағаттан аспайды. |
| Босанудың бірінші кезеңі | 7. Егер босану өздігінен басталса, белсенді фаза ішінде 1 см/сағ жатыр мойны каналының ашылу жылдамдығы (партограммада көрсетілген) ұрық үшін асқыну қаупін анықтаудың дұрыс емес өлшемі болып табылады және осы мақсаттар үшін ұсынылмайды.8. Бірінші кезеңнің белсенді фазасында жатыр мойны каналының ашылуының минималды жылдамдығы 1 см/сағ, барлық әйелдерде қол жеткізілмейді және босанудың қалыпты ағымының өлшемі бола алмайды. Жатыр мойнының баяу ашылуы (сағатына 1 см-ден аз) оқшауланған белгі ретінде хирургиялық араласудың көрсеткіші болып табылмайды.9. Жатыр мойны каналы 5 см ашылғанға дейін босану баяу жүруі мүмкін. Алайда, егер ана мен ұрықтың жағдайы қолайлы болса, босануды тездету үшін медициналық араласу (мысалы, окситоцин немесе кесарь тілігі) осы шекті деңгейге жеткенге дейін ұсынылмайды. |
| Босандыру бөлімшесінде емдеуге жатқызу | Бірінші кезеңнің белсенді кезеңіне дейін босану өздігінен басталған сау жүкті әйелді ауруханаға жатқызуды кейінге қалдыру ұсынылмайды. Зерттеу бағдарламаларына қатысты жағдайлар ерекшелік болып табылады. |
| Қабылдау кезінде жамбас мөлшерін өлшеу | Босануды бастаған сау жүкті әйелдердің жамбас мөлшерін күнделікті өлшеу ұсынылмайды. |
| Босандыру бөлімшесіне түскен кезде ұрықтың жай-күйін жиі бағалау | Дені сау жүкті әйелдерде өздігінен босану кезінде ұрықтың жағдайын бағалау үшін ұрықтың кардиотокографиясын үнемі жүргізу ұсынылмайды.Босану кезінде ұрықтың жағдайын бағалау үшін доплерлік ультрадыбыстық аппаратпен немесе Пинар стетоскопымен аускультация ұсынылады. |
| Аралық пен қасаға аймағын қыру  | Физиологиялық босану кезінде аралық мен қасаға аймағын күнделікті қыру ұсынылмайды.  |
| Қабылдау кезінде клизма жасау | Клизма босануды жеделдету үшін қабылдау кезінде ұсынылмайды. |
| Саусақпен қынаптық зерттеу | Төрт сағаттық интервалмен саусақпен қынаптық зерттеу асқыну қаупі төмен әйелдер үшін босанудың бірінші кезеңінің белсенді фазасындағы ұрықтың жай-күйін бағалаудың әдеттегі әдісі ретінде ұсынылады. |
| Босану кезінде үздіксіз кардиотокография | Физиологиялық босану кезінде сау жүкті әйелдердегі ұрықтың жағдайын бағалау үшін үздіксіз кардиотокография ұсынылмайды. |
| Босану кезінде ұрықтың қайталама аускультациясы | Дені сау жүкті әйелдерде босану кезінде ұрықтың аускультациясын доплерлік ультрадыбыстық аппаратпен немесе Пинар стетоскопымен қайталама жүргізу ұсынылады. |
| Эпидуральді анестезия  | Эпидуральды анестезия сау жүкті әйелдерде ауырсынуды жеңілдету үшін ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Опиоидты анальгетиктерді қолдану | Фентанил, диаморфин және петидин сияқты опиоидты анальгетиктерді парентеральды қабылдау сау жүкті әйелдерде ауырсынуды жеңілдету үшін ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Ауырсынуды бақылауға арналған релаксация әдістері | Релаксация әдістері, соның ішінде біртіндеп бұлшықет релаксациясы, тыныс алу әдістері, музыка және ақыл-ой тәжірибесі сау жүкті әйелдерде ауырсынуды жеңілдету үшін ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Ауырсыну синдромын бақылауға арналған мануалды тәсілдер | Массаж немесе жылы пакеттерді қолдану сияқты қолмен емдеу сау жүкті әйелдерде ауырсынуды жеңілдету үшін ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Босануды ынталандыру үшін ауырсынуды жеңілдету | Босанудың баяулауын болдырмау үшін және босану стимуляторларын қолдануды болдырмау үшін ауырсынуды басу ұсынылмайды. |
| Әйелдің қозғалғыштығы және жағдайы | Асқыну қаупі төмен әйелдерде босану кезінде жылжымал мен тік позицияны ынталандыру қажет. |
| Қынапты жуунышыа  | Өлімге әкелетін жұқпалы аурулардың алдын алу үшін босану кезінде қынапты хлорексидин ерітіндісімен күнделікті жуу ұсынылмайды. |
| Босану қызметіне белсенді араласу  | Босануды ынталандыру үшін белсенді медициналық араласу ұсынылмайды. |
| Күнделікті амниотомия | Амниотомияны босануды ынталандырудың оқшауланған әдісі ретінде қолдану ұсынылмайды. |
| Амниотомия мен окситоцинді ерте қолдану | Амниотомияны босануды ынталандыру үшін окситоцинді ерте енгізумен бірге бұрын қолдану ұсынылмайды |
| Эпидуральды анестезиядан кейін окситоцинді енгізу | Эпидуральды анестезияны алған әйелдерде босануды ынталандыру үшін окситоцинді енгізу ұсынылмайды. |
| Спазмолитикалық дәрі-дәрмектериктер | Босануды ынталандыру үшін спазмолитиктерді енгізу ұсынылмайды. |
| Босану қызметін ынталандыру үшін сұйықтықты көктамыр ішіне енгізу | Босану ұзақтығын қысқарту үшін көктамыр ішіне сұйықтық енгізу ұсынылмайды.  |
| ***Босанудың екінші кезеңі*** |
| Босанудың екінші кезеңінің анықтамасы және ұзақтығы | Төменде көрсетілген босанудың екінші кезеңінің анықтамасын, сондай-ақ оның ұзақтығын қолдану ұсынылады.— Екінші кезең — жатыр мойнының толық ашылуынан бала туылғанға дейінгі уақыт. Босанған әйел жатырдың экспульсивті жиырылуына байланысты әрекеттерді бастан кешіреді.- Әйелдерге екінші кезеңнің ұзақтығы әртүрлі болуы мүмкін екендігі туралы хабарлау керек. Алғашқы босану кезінде ол әдетте 3 сағаттан аспайды, ал қайталанған кезде — 2 сағаттан аспайды. |
| Босану кезіндегі жағдай (эпидуральды анестезияны алмаған әйелдерде) | Эпидуральды анестезияны қолданбаған әйелдерде босану кезінде ұтқырлық пен тік позицияны ынталандыру ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Босану кезіндегі жағдай (эпидуральды анестезияны алған әйелдерде) | Эпидуральды анестезияны қолданған әйелдерде босану кезінде жылжымалы мен тік позицияны ынталандыру ұсынылады (босанған әйелдің қалауын ескере отырып). |
| Күшендіру әдісі | Нәрестенің туылу кезеңінде табиғи күш салуды ынталандыру және қолдау ұсынылады. |
| Күшендіру әдісі (эпидуральды анестезияны алған әйелдерде) | Егер әйел босанудың екінші кезеңінде эпидуральды анестезия алған болса, босануды жатыр мойны арнасы толық ашылғаннан кейін бір-екі сағатқа, босанған әйелдің өзі осы әрекеттердің қажеттілігін сезінгенге дейін кейінге қалдыру ұсынылады. Ұрықтың перинаталды гипоксиясының алдын алу үшін бұл кезеңді ұзарту ұсынылмайды. |
| Аралықтың зақымдануының алдын алу әдістері | Босанудың екінші кезеңіндегі әйелдер үшін аралықтың зақымдануының алдын алуға және босануды жеңілдетуге бағытталған әдістер, соның ішінде аралықтың массажы, жылы компресс және перинэяны қорғауға арналған нұсқаулық ұсынылады (босанған әйелдің қалауы мен қол жетімді әдістерді ескере отырып). |
| Эпизиотомия | Босану өздігінен және табиғи жолмен болатын әйелдерде эпизиотомияны күнделікті немесе еркін қолдану ұсынылмайды. |
| Іштегі қысым | Екінші кезеңде босануды жеңілдету үшін құрсақ қабырғасына қолмен қысым жасау ұсынылмайды. |
|  ***Босанудың үшінші кезеңі*** |
| Утеротониктерді профилактикалық қолдану | Босанудың үшінші кезеңінде босанғаннан кейінгі қан кетудің алдын алу мақсатында утеротониктерді қолдану барлық жағдайларда ұсынылады.Босанғаннан кейінгі қан кетуді болдырмау үшін Окситоцин (10 ХБ б/е, к/і) ұсынылады.Егер окситоцин қол жетімсіз болса, басқа утеротониктерді (эргометрин, метилэргометрин немесе окситоцин мен эргометриннің бекітілген таблеткалы комбинацияларын) не пероральді мизопростолды (600 мкг) қолдану ұсынылады. |
| Кіндікті кешіктіріп қысу | Ана мен балаға жақсы клиникалық нәтижелерді қамтамасыз ету үшін кіндікті кешіктіріп қысу ұсынылады (туғаннан кейін бір минуттан ерте емес). |
| Бақыланатын кіндік тарту | Білікті және тәжірибелі медициналық персонал болған кезде, егер медициналық қызметкер мен босанған әйел қан жоғалтудың аздап төмендеуін және үшінші босану кезеңінің ұзақтығын аздап қысқартуды маңызды деп санаса, табиғи босану кезінде үшінші кезеңде кіндік тартылуын бақылау ұсынылады. |
| Жатырдың массажы | Профилактикалық мақсатта окситоцин алған әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетудің алдын алу құралы ретінде жатырды ұзақ уқалау ұсынылмайды. |
| ***Нәрестелер күтімі***  |
| Мұрын және ауыз қуысы сорғыларын күнделікті қолдану | Таза амниотикалық сулармен туылған және өздігінен дем ала бастаған нәрестелерде мұрын мен ауыз қуысын сорғылауды күнделікті қолданудың қажеті жоқ. |
| Дене байланысы | Асқынусыз туылған нәрестелер гипотермияның алдын алу және емшек емізуді ынталандыру үшін туылғаннан кейінгі алғашқы сағат ішінде анасымен тікелей байланыста болуы керек. |
| Емшекпен емізу | Барлық жаңа туылған нәрестелер, оның ішінде салмақ жетіспеушілігі бар болса да, емшек сүтін өз бетінше ала алатын нәрестелер, егер олардың жағдайы тұрақты болса және ана мен бала тамақтандыруға дайын болса, кеудені мүмкіндігінше ертерек қолданылуы керек. |
| К витаминінің көмегімен жаңа туған нәрестенің геморрогиялық ауруының алдын алу | Барлық нәрестелер бұлшықет ішіне 1 мг К дәрумені алуы керек (босанғаннан кейін бір сағаттан ерте емес, өйткені осы уақыт ішінде анамен тікелей байланыста болу керек және емшек емізуді бастау керек). |
| Шомылу және жаңа туған нәрестені күту бойынша басқа да іс-шаралар | Шомылу босанғаннан кейін 24 сағатқа кешіктірілуі керек. Егер бұл мәдени себептерге байланысты мүмкін болмаса, оны кем дегенде алты сағатқа кейінге қалдыру керек. Жаңа туған нәрестені сыртқы ортаның температурасына сәйкес киіндіру керек, яғни ересектерге қарағанда бір немесе екі қабат үлкен және міндетті түрде бас киіммен. Ана мен жаңа туған нәрестені бөлуге болмайды және тәулік бойы бір бөлмеде болуы керек. |
| ***Босанғаннан кейін әйелге күтім жасау*** |
| Жатырдың тонусын бақылау | Жатырдың атониясын ерте диагностикалау үшін барлық әйелдерге ұсынылады. |
| Асқынбаған босану кезіндегі бактерияға қарсы терапия | Алдын алу мақсатында антибиотиктерді профилактикалық тағайындау асқынбаған табиғи босану кезінде ұсынылмайды.d  |
| Эпизиотомия үшін бактерияға қарсы терапия | Эпизиотомиядан кейін әйелдерге алдын-алу мақсатында антибиотиктерді күнделікті тағайындау ұсынылмайды. |
| Босанғаннан кейінгі кезеңде босанған әйелді бақылау | Босанғаннан кейінгі бірінші тәулік ішінде қынаптан қан кетуді ерте диагностикалау, жатырдың жиырылғыштығын және жатыр түбінің тұру биіктігін анықтау, температура мен ЖЖЖ (тамыр соғысын) Өлшеу мақсатында барлық әйелдер жоспарлы тәртіппен бақылануы тиіс. Қан қысымы босанғаннан кейін бірден өлшенеді. Қалыпты мәндер кезінде келесі өлшеу алты сағаттан кейін жүргізіледі. Диурез алты сағат ішінде тіркеледі.  |
| Асқынбаған табиғи босанудан кейін шығару | Дені сау әйелдер мен жаңа туған нәрестелер медициналық мекемеде асқынбаған табиғи босанудан кейін кем дегенде 24 сағат ішінде күтім алуы керек.  |

**Тест сұрақтары**

1. Жүкті әйелде преэклампсияны магний сульфатымен емдеу кезінде туындауы мүмкін ең ықтимал және ауыр асқыну…

А) Гипорефлексия

B) Гипотония

+ C) тыныс алу жеткіліксіздігі

D) жатырдың релаксациясы

E) Ұйқышылдық

2.Науқас ұрықтың алынуынан кейін аймақтық анестезиямен кесарь тілігі кезінде амниотикалық сұйықтық эмболиясының белгілері, тыныс алу жеткіліксіздігі, коагулопатия пайда болды, ең дұрыс және ең алдымен қажет…

A) гормондарды енгізіңіз

B) оттегінің төмендеуі

C) қарсы көрсетілім енгізіңіз

D) ЖМП енгізу

+E) пациентті ӨЖЖ-ға ауыстыру

3.Науқаста плацентаның толық жатуы бар, кесарь тілігі операциясы қажет, қандай асқыну болуы мүмкін…

+ A) қан кету

B) ДВС синдромы

C) жатырдың гипотензиясы

D) Гипотензия

E) тыныс алу жеткіліксіздігі

4.Преэклампсияны емдеу кезінде допегит тағайындағанда, оны гипотензивті дәрі ретінде бастапқы дозасы:

A) тәулігіне 100 мг

B) тәулігіне 150 мг

C) тәулігіне 200 мг

+ D) тәулігіне 250 мг

E) 500 мг/тәул.

5.Қан жоғалту және шок кезіндегі операциядан кейін өкпені жасанды желдетуді одан әрі қолдану туралы ең дұрыс шешім төмендегі көрсеткіштердің қайсысының қалыпқа келуі болып табылады:

A) АҚ, ЖЖЖ және диурез

B) микроциркуляцияны, гемоглобин мен гемодинамика деңгейін

+ C )микроциркуляция, тыныс алуды қалпына келтіру және гемодинамика

D) Hb кем дегенде 80 г / л дейін

E) микроциркуляция, гемодинамиканы тұрақтандыру

6.Босану кезінде қан жоғалтуды анықтаудың ең дәл әдісі

A) Көрнекі

B) HT деңгейін төмендету

C) Гравиметриялық

+D) өлшеу шеңберімен өлшеу

E) Hd деңгейінің төмендеуі

7.Жаңа туған нәрестелердің геморрагиялық ауруының дамуында қанның ұю факторларының қайсысы маңызды:

A) II

B) VII

C) IX

D) X

+E) XII

8.Сіздің ойыңызша, босанғаннан кейін қанның ұюы қанша уақыттан кейін қалпына келеді.

A) 5-7 күн

+ B) 12-14 күн

C) 1 ай

D) 42 күн

E) 3 ай

9.Магний сульфатының артық дозалануы және гипотензияның дамуы, ең ұтымды және дұрыс енгізу болады

+ A) кальций хлориді

B) Бемегрид

C) Преднизолон

D) Кордиамин

E) Адреналин

10.Акушерлік перитониттің жойылуын ескере отырып, ақпараттық және ерте зертханалық көрсеткіш болады

+ A) интоксикацияның лейкоцитарлық индексі

B) нейтрофильді ығысу индексі

C) Лейкоцитоз және анемия

D) Тромбоцитопения және лейкопения

E) Лейкоцитоз және фибриногеннің төмендеуі

11. Жүктілікті бақылаудың клиникалық хаттамаларына сәйкес скрнингтік УДЗ барынша ықтимал саны:

A) 1

B) 2

+C) 3

D) 4

E) 5

12.Ультрадыбыстық көмегімен етеккірдің кешігу кезеңінен бастап жатырдың жүктілігі диагнозын қоюға болады:

+ A) 1 апта

B) 2 апта

C) 3 апта

D) 4 апта

E) 5 апта

13.УДЗ бойынша ұрықтың биофизикалық профилін анықтау кезінде судың аздығы анықталды. Ұрықтың жағдайын анықтау үшін келесі ықтимал тексеру:

A) қарапайым КТГ

B) Доплерография

C) Доплерометрия

+ D) КТГ және стрессіз тест

E) КТГ және стресс тесті

14.Жүктіліктің 10-11 аптасында ұрықтың УДЗ кезінде мойын-жақа ісінуінің болмауы анықталды. Ең алдымен, бұл сурет ұрықтың дамуына күдік тудырады:

+ A) Даун

B) Ашерман

C) Иценко-Кушинга

D) Шерешевский-Тернер

E) Майер-Рокитан-Кюстнер

15.УДЗ бойынша жүктіліктің 10-11 аптасында Даун синдромы күдіктенеді. Ең ықтимал келесі зерттеу әдісі:

+ A )РАРР-тест

B) ұрық фенотипі

C) ұрықтың кариотипі

D) хорион биопсиясы

E) АХГ - ге сезімталдық

16.1-11 апта жүктілік кезінде ультрадыбыстық скринингтің ең ықтимал 1-ші мақсаты:

+ A) мерзімін нақтылау

B) плацентацияны анықтау

C) пренатальды диагностика

D) ұрықтың жағдайын анықтау

E) бірнеше жүктілікті анықтау

17.Жүктіліктің 10-11 аптасында ультрадыбыстық скринингтің ең ықтимал 2-ші мақсаты:

A) мерзімін нақтылау

B) плацентацияны анықтау

+ C) пренатальды диагностика

D) ұрықтың жағдайын анықтау

E) бірнеше жүктілікті анықтау

18.Жүктіліктің 10-11 аптасында ультрадыбыстық скринингтің ең ықтимал 3-ші мақсаты:

A) мерзімін нақтылау

B) плацентацияны анықтау

C) пренатальды диагностика

D) ұрықтың жағдайын анықтау

+ E) бірнеше жүктілікті анықтау

19.2-ші УДЗ скринингінің ең ықтимал мақсаты жүктілік кезеңінде 20-21 апта:

A) мерзімін нақтылау

B) ұрықтың жағдайын анықтау

+ C )даму ақауларын анықтау

D) плацентаның жетілу дәрежесін анықтау

E) амниотикалық сұйықтық индексін анықтау

20.Жүктіліктің 30-34 аптасындағы 3-ші ультрадыбыстық скринингтің ең ықтимал мақсаты:

+A) Нәрестенің құрсақ ішілік дамуын анықтау

B) ұрықтың жағдайын анықтау

C) плацентаның жетілу дәрежесін анықтау

D) кеш манифестациямен даму ақауларын анықтау

E) амниотикалық сұйықтықтың мөлшерін анықтау

21.Босанған әйел босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізуге келісім берді. Жатырдың жиырылуын жүйелі кезеңді белсенді жүргізу ережелеріне сәйкес ең дұрыс енгізу керек пе?

A) нәрестенің басы кесіп шығу кезінде б/е окситоцин 10 ХБ

B) нәрестенің басы кесіп жарып шығу кезінде б/е окситоцин 10 ХБ

C) нәресте туылғаннан кейін 1 мин соңында б/е окситоцин 10 ХБ

+ D) нәресте басының туылуы кезіндегі б/е окситоцин 10 ХБ

E) нәресте туылғаннан кейін бірден б/е окситоцин 10 ХБ

22. Қағанақ суының кетуіне байланысты босанудан 5 сағат бұрын алған босанушы әйелге қынаптық тексеру жүргізілді: жатыр мойнының 5 см ашылуы, қағанақ суы жоқ, ұрықтың көз алмалары, мұрын түбі, ауыз, оң жақ қиғаш өлшемде бет сызығы анықталды. Иек сол жақта, алдыңғы жағында. Мыс қол жетімді емес. Босандырудың ең ықтимал жоспары:

+A) табиғи босану

B) кесарь тілігі операциясы

C) ұрықты бұзатын операция

D) акушерлік қысқыштар

E) қуыс акушерлік қысқыштар

23.Дәрігер ұрықтың аяғына классикалық бұрылыс жасады. Босандырудың ең ықтимал әдісі:

A) Цовьянов әдісі 1

B) Цовьянов әдісі 2

C) классикалық қол әдісі

+ D) ұрықтың жамбас арқылы экстракциясы

E) кесарь тілігі

24.Кесарь тілігіоперациясы кезінде корпоральді кесу, ең алдымен мына жағдайда қолданылады:

A) төменгі сегменттегі жатырдағы тыртықтың сәйкессіздігі

B) іш қуысында кең адгезия процесі

C) төменгі сегменттің айқын варикозды тамырлары

+ D )жатыр мойнының қатерлі ісігі, одан кейін жатырдың экстирпациясы

E) Алдыңғы кесарь тілігі корпоральді болуы

25.Босану кезінде катехоламиндердің, атап айтқанда адреналиннің жоғарылауы кезіндегі ең мүмкін әсері:

+ A) жатыр жиырылу жиілігі мен күшін азайтуы

B) тек жатыр жиырылу күшін арттыруы

C) жатыр жиырылу жиілігі мен күшін арттыруы

D) тек жатыр жиырылу жиілігін азайтуы

E) жиырылуды күшейту және олардың жиілігін азайтуы

26.Аймақтық анестезиямен кесарь тілігі кезінде амниотикалық эмболияның ең ықтимал клиникалық көріністері:

A) қозу, сатурацияның орташа төмендеуі, қан кету

B) қозу, өкпеде сырылдың пайда болуы, қан кету

C) қозу, сатурацияның күрт төмендеуі, қан кету

+D) тыныс алудың қиындауы, сатурацияның төмендеуі, жаппай қан кету

E) қозу, тыныс алудың қиындауы, өкпеде сырылдың пайда болуы

27. Босануды анестезиялау үшін жыныстық нервтің блокадасын жүргізу үшін акушер-гинеколог мыналарға назар аударады:

+ A )отырықшы төмпешік пен анус арасындағы қашықтықтың ортасы, 3-4 см тереңдікке дейін

B) отырықшы төмпешіктің медиальді беті

C) 2см мықын сүйегінің алдыңғы жоғарғы сүйегінен төмен

D) үлкен ұршық пен отырықшы төмпешік арасындағы қашықтықтың ортасы

E) қасаға мен отырықшы төмпешік арасындағы қашықтықтың ортасы

28. Жүкті әйел дәрігерге жүгінді (жүктілік 6-7 апта.) жедел пневмонияның клиникалық белгілерімен. Жүкті әйелдерде бактерияға қарсы препараттардың қандай топтарына рұқсат етіледі?

A) Аминогликозидтер

B) Фторхинолондар

C) Сульфаниламидтер

+D) Цефалоспориндер

E) Гликопептидтер

29.Жүкті әйелде ревматикалық процестің белсенділігі байқалады. Жүкті әйелге антикоагулянттар тобының қандай препаратын тағайындауға болады?

A) Фенилин

B) Синкумар

C) Варфарин

+D) Гепарин

E) Фраксипарин

30. Егер жүкті әйелде 10-11 апта ішінде жедел токсоплазмоз анықталса, сізге қажет:

A) Бактерияға қарсы терапияны бастаңыз және жүктілікті тоқтатыңыз

+ B) Бактерияға қарсы терапияны бастаңыз

C) Бактерияға қарсы терапияны тағайындаңыз және жүктілікті тоқтатыңыз

D) Витаминдер тағайындау және жүктілікті тоқтату

E) Вирусқа қарсы препараттарды тағайындау және жүктілікті тоқтату

31.20 жастағы жүкті әйел күніне 15 рет құсу туралы шағым түсірді. Жүктілік мерзімі 6-7 апта. Соңғы 2 аптада 7 кг салмақтан айырылды.PS 82 рет. мин., аузынан ацетонның иісі шығады. Сіздің тактикаңыз:

A) жүктілікті тоқтату және преэклампсияны емдеу

+ B) преэклампсияны кешенді емдеу

C) терапевтке тексеру, кеңес беру және преэклампсияны емдеу

D) Преэклампсияны жедел емдеу және кешенді емдеу

E) Преэклампсияны ауруханаға жатқызу және емдеу

32.Бала туылғаннан кейін сау нәрестені емдеудің келесі әдістерінің қайсысы бірінші кезектегі болып табылады:

А) туғаннан кейін бірден гонобленореяның алдын алу

+В) оны құрғатыңыз, анасының кеудесіне қойыңыз және жабыңыз

С) туғаннан кейін бірден алғашқы сағат ішінде өлшеу, өлшеу, клиникалық тексеру жүргізу

D) 30мин ішінде геморрагиялық асқынулардың профилактикасын жүргізу

Е) 30 минуттан кейін жаңа туған нәрестені балалар бөлімшесіне ауыстыру

33. Әйелдер консультациясына ұрықтың қозғалыс белсенділігінің төмендеуі туралы шағымдармен 35-36 апта мерзімімен бірінші жүкті әйел жүгінді. Ұрықтың жүрек соғысы тұйық, ырғақты, 1 минутта 136 соққы.

Бұл жағдайда қандай зерттеу әдісі ақпараттандырады

A) амниоскопия//

+В)КТГ-ұрықтың биофизикалық профилі//

С) сыртқы акушерлік зерттеу әдісі//

D) УДЗ//

Е) ұрықтың ЭКГ

34. Созылмалы гематогенді-диссеминациялаушы өкпе туберкулезі бар жүкті әйелдерге дәрігердің неғұрлым ықтимал тактикасы:

A) Арнайы ем фонында 35 апта мерзімде жүктілікті тоқтату.

+ B) 12 аптаға дейінгі мерзімде жүктілікті тоқтату.

C) жүктілікті және акушер-гинекологтың бақылауын сақтау.

D) жүктіліктің соңына дейін туберкулезге қарсы ем жүргізу.

E) хирургиялық емдеуге жіберу және жүктілікті ұзарту.

35.Жедел жәрдем бригадасымен 22 жастағы алғаш босанушы мерзімі жеткен жүктілікпен үйдегі эклампсия ұстамасынан кейін жеткізілді. Акушерлік статусы: жатыр жүктіліктің толық мерзіміне сәйкес, айқын контурлары бар. Ұрықтың орналасуы бойлық. Нәресте басымен орналасқан. Жүрек соғуы ұрықтың анық, ырғақты. PV: жатырдың мойнынң ашылуы толық, қағанақ суы жоқ, нәресте бас жамбас түбінде орналасқан. Мыс қол жетімді емес.

Дәрігердің ең ықтимал тактикасы?

А) босану кезеңін жалғастыру

B) жатыр жиырғыш препараттарды енгізу

+ C) вакуум-экстракция жүргізу немесе наркозбен акушерлік қысқаш салу

D) краниотомия жасау

E) кесарь тілігі операциясы арқылы шұғыл тәртіппен босандыру

36.38 апта ішінде жүкті әйелде босану кезінде эклампсияның шабуылы болды. АҚ 170/110 мм.сын.б.б. ұрықтың болжамды массасы - 3000,0 гр. Тексеру кезінде ұрықтың басы жамбас қуысында. Жүрек соғысы айқын. Дәрігер тактикасы:

+ A) к/і магний сульфатын енгізіңіз. Вакуум-экстракциясын жүргізу

B) кесарь тілігі операциясы арқылы босандыру

C) анестезия беріңіз

D) к / і магний сульфатын енгізіңіз. Родостимуляцияны бастаңыз

E) босануды консервативті жүргізуді жалғастыру

37.Салмағы 4000,0 грамм болатын 39 аптада дүниеге келген бала бір минуттан кейін тыныс ала бастады,жүрек соғу жылдамдығы минутына 64 соққыға дейін төмендеді.:

A) 3-4 минут ішінде одан әрі оксигенация

B) эндотрахеалдық интубация және санация жүргізу

+ C )эндотрахеальді интубация жүргізу және жүрекке тікелей емес массаж жасау

D) Оксигенация және жанама жүрек массажы

E) баланы анасының кеудесіне бекіту

38.Эклампсиямен ауыратын жүкті әйел 15 минуттан кейін қайтадан құрысуды дамытады. Ең алдымен енгізу керек:

A) Диазепам 20 мг

B) Диазепам 10 мг

C) магнезия 1 грамм

+D) магнезия 2 грамм

E) магнезия 5 грамм

39.Амниотикалық эмболияға алғашқы белгілер немесе күдік пайда болған кезде, ең алдымен енгізу керек

A) Адреналин 0,5 мг/кг

+ B )Преднизолон 480 мг

C) Эуфиллин 20 мл

D) 500 мл Рефортан

E) Супрастин 40 мл

40.Босанғаннан кейінгі қан кетудің ең көп таралған себебі:

А) аралықтың жыртылуы

В) жатырдың гипотензиясы

С) туу жолдарының гематомасы

D) плацентаның өсуі (шынайы өсуі)

+ Е) жатыр қуысындағы плацентаның (немесе оның бөліктерінің) қалдықтары.

41. Шок белгілерінсіз 1000 мл дейінгі көлемде босанғаннан кейінгі қан кету кезіндегі инфузиялық-трансфузиялық терапияның көлемі мен құрамы:

A) 3000 мл-ге дейінгі кристаллоидтар

B) 1500 мл-ге дейінгі кристаллоидтар және 500 мл-ге дейінгі коллоидтар

C) 1000 мл-ге дейінгі кристаллоидтар, 500 мл-ге дейінгі Коллоидтар және 500 мл-ге дейінгі ЖМП

D) 2500 мл-ге дейінгі кристаллоидтар және 500 мл-ге дейінгі коллоидтар

+ E) 2000 мл-ге дейінгі кристаллоидтар

42. Эклампсия кезіндегі құрысулардың дамуын анықтайтын жетекші этиологиялық фактор:

А) Эндотоксикоз

В) КЩС бұзылуы

С) Электролиттік бұзылулар

+ D )мидың ісінуі және ми затына қан кету

Е) Қан реологиясының бұзылуы

43.Эклампсияның шабуылы кезінде қарқынды терапияны бастау керек:

А) Дегидратация

В) қан құю

+С) құрысуға қарсы препараттарды енгізу

D) жалпы анестезия

Е) гомеостаздың негізгі көрсеткіштерін түзету

44.32-33 аптаның ішінде жүкті әйелде амниотикалық сұйықтықтың индексі 20 см-ден асады.:

A) азсулылық

B) Көпсулылық

C) нормадағы АЖ индексі

D) айқын азсулылық

+E) айқын көпсулылық

45.Трансабдоминальді эхография кезінде жатыр жүктілігінің ерте диагностикасы мүмкін:

А) 3 аптадан бастап//

В) 7 аптадан бастап//

+С) 5-6 аптадан бастап//

D) 8 аптадан бастап//

Е) 1-2 аптадан бастап

46.Жатырда тыртығы бар жүкті әйелде жатырдың қауіпті жыртылуының клиникалық симптомы:

А) жыныс жолдарынан қанды бөліністердің пайда болуы//

B) құм сағат түріндегі жатырдың пішіні//

C) босану қызметінің дискоординациясы//

+ D )тыртық бойынша пальпация кезіндегі ауырсыну//

E) сыртқы жыныс мүшелерінің ісінуі

47.Пфанненштиль бойынша кесу лапаротомияның қандай түріне жатады:

А) орта

В) қиғаш

С) бұрыштық

+D) көлденең

Е) аралас

48. Жүктілік кезінде темір препараттарын қолдану

+ A) жүктілік кезінде рұқсат етіледі

B) жүктілік кезінде үзілді-кесілді қарсы

C) I триместрде қарсы көрсетілімдері бар

D) II триместрде қарсы көрсетілімдері бар

E) III триместрде қолдануға болмайды

49.Осы препараттардың қайсысын жүктіліктің барлық кезеңінде тағайындауға болады

A) сульфаниламидті препараттар

B) аминогликозидтер

+C) B-лактамдар

D) фторхинолондар

E) нитрофурандар

50.Преднизолонды жүкті әйел ұзақ уақыт қабылдағанда жаңа туған нәрестеде соңғы триместрде мыналарды атап өтуге болады:

+А) бүйрек үсті криздері

В) геморрагиялық синдром

С) аяқтың деформациясы

D) ұрық гипоксиясы

E) тыныс алу депрессиясы

51.Қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдерге тағайындауға болады:

+ A) инсулин

B) толбутамид

C) бигуанидтер

D) глибенкламид

E) манинил

52.Жүктіліктің 26-27-ші аптасынан бастап мерзімінен бұрын босану қаупі бар әйелдерге қолдануға болатын дәрі-дәрмектерге мыналар жатады:

+ A) фенотерол

B) метилдопа

C) дротаверин

D) папаверин

E) магний сульфаты

53. Жаңа туылған нәрестелердің жоғары аурушаңдығының басты себебі:

+А) гипотермия

B) шала туылу

C) төзімділік

D) кіндік қалдықтарын дұрыс күтпеу

E) емшек емізудің болмауы

54.Билирубиннің қандай деңгейі жаңа туған нәрестелердің гемолитикалық ауруының жеңіл дәрежесіне сәйкес келеді?

A) 60-70,5 мкмоль/л.

+B) 70-85,5 мкмоль/л.

C) 86-90,5 мкмоль/л.

D) 91-105, 5 мкмоль/л.

E) 106-115 мкмоль/л.

55. Отбасын жоспарлау бойынша әйелдер консультациясының тиімділігінің негізгі көрсеткіші:

А) учаскедегі әйелдер саны

+В) фертильді жастағы 1000 әйелге шаққанда түсіктер саны

С) түсіктен кейінгі асқынулар саны

D) жыл ішінде түсік түсіруге жіберілген әйелдердің абсолюттік саны

Е) Фертильдік жастағы 1000 әйелге шаққанда өздігінен түсетін түсіктердің саны

56.ҚР ДСМ "Клиникалық хаттамаларына" сәйкес жүкті әйелде қанды бөлінудің пайда болу тактикасы қандай:

A) кальций хлоридін көктамыр ішіне енгізу;

+ B) стационарға емдеуге жатқызу;

C) антибиотиктерді тағайындау;

D) жатырды жиырылтатын дәрілерді енгізу;

E) үй жағдайында бақылау.

57.Босанғаннан кейінгі қан кетудің ең жақсы алдын-алу әдісі:

А) босану кезінде қуықтың тұрақты катетеризациясы

Б) босану кезінде перифериялық көктамырлардың тұрақты катетеризациясы

В) босанудың үшінші кезеңін күту тактикасмен жүргізу

Г) + босанудың үшінші кезеңін белсенді жүргізу

Д) плацента бөлінгеннен кейін жатырдың сыртқы массажы

58. Туу жолдарының жарақаты кезіндегі этиотропты терапияға мыналар жатады:

А) жатырдың сыртқы массажы

Б) плацентаның бөліктерін қолмен бөлу

В) + туу жолдарының жыртылуын тігу

Г) жатырдың бимануальді қысу

Д) жаңа мұздатылған плазманы құю

59.Босанғаннан кейінгі қан кетуді тоқтатудың уақытша әдістеріне қандай манипуляция жатады:

А) жатырдың сыртқы массажы

б) тік ішекке 1000 мг мизопростол

в) утеротониктерді енгізу

г) жатыр қуысын қолмен тексеру

д) + жатырдың бимануалды қысу

60.Босанғаннан кейінгі қан кетуді тоқтатудың уақытша әдістеріне мыналар жатады:

А) жатырдың сыртқы массажы

б) + құрсақ аортасын қысу

в) компрессиялық тігістерді салу

г) жатыр қуысын қолмен тексеру

д) тік ішекке 1000 мг мизопростол

61.Плацентаның ішінара шынайы өсуі кезіндегі ең ықтимал тактика:

А) окситоцинді енгізу

Б) жатырдың тонусын бақылау

В) жатырдың сыртқы массажы

Г) жатыр қуысын қолмен тексеру

Д) + жатырдың ампутациясы немесе экстирпациясы

62. Жүктіліктің қай кезеңінде дәрігерге алғашқы бару ұсынылады?

А) 4 аптаға дейін

Б) 6 аптаға дейін

В) 8 аптаға дейін

Г) 10 аптаға дейін

Д) +12 аптаға дейін

63. ҚР ДСМ 2013 жылғы хаттамаларына сәйкес жүкті әйелдің жасы үлкен болған кезде генетиктің тексеруі міндетті:

А) 30 жыл

Б) 32 жаста

В) 38 жаста

Г) 40 жыл

Д) \* 35 жаста

64. ҚР ДСМ 2013 жылғы хаттамасына сәйкес бірінші триместр ішінде қабылдау ұсынылды:

А) прогестерон препараттары

Б) темір препараттары

В) витаминдер

Г) кальций препараттары

Д) \* фолий қышқылы

65. Гонококк инфекциясын диагностикалаудың ең тиімді әдісі:

А) иммуноферментті талдау;

Б) \* культуралық;

В) бактериоскопиялық;

Г) иммунофлюоресцентті;

Д) ПТР.

66. Жыныс мүшелерінің герпесвирустық инфекциясына тән емес :

А) жоғары жұқпалы;

Б) жыныстық жолмен жұқтыру;

В) \* фаллопиялық түтіктердің басым зақымдануы;

Г) қайталанбалы ағым;

Д) жалпы уыттану симптоматикасының болуы.

67. Контрацепция мақсатында біріктірілген эстроген-гестагенді препараттарды қабылдау басталады:

А) Овуляция кезеңінде

Б) Менструация қарсаңында

В) \* Етеккір циклінің 1-ші күнінен бастап

Г) Менструальдық цикл күніне қарамастан

Д) Барлық жауаптар қате

68. Прогестогендерді тағайындау көрсеткіштері:

А) Жатыр миомасы

Б) Кистоздық мастопатия

В) Альгодисменорея

Г) Контрацепция мақсатында

Д) \* Мүмкін жүктілік

69. Прогестагендерді қабылдау кезінде қандай асқынулар болуы мүмкін:

А) Аллергиялық реакциялар

Б) Етеккір аралық қан кетулер

В) Жүректің айнуы, құсу

Г) Дене салмағының жоғарылауы

Д)\* Жоғарыда аталған барлық асқынулар

70. Біріктірілген ауызша контрацептивтердің артықшылықтарына жатпайды:

А) Жоғары тиімділігі

Б) Жылдам әсері

В)\* Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың алдын алу

Г) Альгодисменореяның алдын-алу

Д) Барлығы дұрыс

71. Аралас ауызша контрацепция тағайындалмайды:

А) Ұрпақты болу жасындағы әйелдерге

Б) \* Жыныстық серіктесінің жиі ауысуы мен жасөспірімдерге

В) Альгодисменореямен ауыратын әйелдерге

В) Тұрақты емес етеккір циклі бар әйелдерге

Д) Гиперплазиясы бар әйелдерге

72. Біріктірілген оральді контрацептивтерді қабылдауға қарсы көрсетілімдер:

А) \* III сатыдағы гипертония ауруы

Б) Гипотоникалық түрі бойынша вегето-тамыр дистониясы

В) Анамнезінде эктопиялық жүктілігі бар әйелдер

Г) Жеңіл дәрежелі анемиясы бар әйелдер

Д) Альгодисменорея

73. Жүктілік кезіндегі ұрықтың жай-күйін зерттеудің ең ақпараттық түрі?

А) Салмақ қосу

Б) \* Жатыр түбінің биіктігін өлшеу

В) Ұрықтың жүрек соғу жиілігін аускультациялау

Г) Ультрадыбыстық зерттеу

Д) Ұрықтың кардиотокографиясы

74. Емдеу қажет жүкті әйелде гемоглобиннің бастапқы деңгейі:

А) < 120 г / л

Б) \* <110 г / л

В) <100 г / л

Г) <90 г / л

Д) 80 г / л

75. Ауыр преэклампсия кезіндегі магнезиальді емнің бастапқы дозасы:

А) 1 сағат ішінде тамыр ішіне 1-2 гр

Б) 1-2 грамм бұлшықетке

В) \* 20 минут ішінде 4-5 грамм тамыр ішіне

Г) 4-5 грамм бұлшықетке

Д) 5 минут ішінде 8-10 грамм тамыр ішіне

76. Эклампсияны емдеудегі магний сульфатының бастапқы және демеуші дозалары:

А) Тәулік ішінде 4 г б/е

Б) Бір сағат ішінде 3 г к / і., содан кейін әр 3 сағат сайын 3 г/м

В) \* 15-20 минут ішінде 5 гр к/і, содан кейін тәулік ішінде сағатына 20 гр

Г) Әр 3 сағат сайын б/е 8 гр

Д) 8 сағаттан кейін б/е 4 гр

77. Ауыр преэклампсия кезіндегі қолайсыз болжамды көрсететін зертханалық тест:

А) Нb<120г / л

Б) \* тромбоциттер<100000

В) Билирубин > 20

Г) Протеинурия >0,03 г / л

Д) протеинурия >3,0 г / л

78. Плацентаның төмен орналасуы ультрадыбыстық диагноз қойылады, егер оның төменгі шеті ішкі ернеуге жетпесе,...

А) \* 3-4 см

Б) 5-6 см

В) 7-8 см

Г) 9-10 см

Д) 11-12 см

79. Жүктілік кезіндегі ұрықтың жай-күйін зерттеудің ең ақпараттық әдісі?

А) Салмақ қосу

Б) \* Жатыр түбінің биіктігін өлшеу

В) Ұрықтың жүрек соғу жиілігін аускультациялау

Г) Ультрадыбыстық зерттеу

Д) Ұрықтың кардиотокографиясы

80. Емдеу қажет жүкті әйелдегі гемоглобиннің бастапқы деңгейі:

А) < 120 г / л

Б) \* <110 г / л

В) <100 г / л

Г) <90 г / л

Д) 80 г / л

81. Соққы индексі-бұл…

А) \* жүрек соғу жиілігінің систолалық қан қысымының шамасына қатынасы

Б) Пульс жиілігінің диастолалық артериялық қысым шамасына қатынасы

В) систолалық қан қысымының импульстің жиілігіне қатынасы

Г) диастолалық қан қысымының импульстің жиілігіне қатынасы

Д) систолалық және диастолалық қан қысымының арасындағы айырмашылық

82. Кеңес берудің мақсаты…

А) науқасқа дәрігердің немесе Кеңестің шешімі туралы айту

Б) \* науқасқа әр түрлі әрекеттерді қарастыруға және шешім қабылдауға көмектесу

В) науқастың өмірі мен ауру тарихымен танысу

Г) туыстарын пациенттің талдау нәтижелерімен таныстыру

Д) дәрігердің немесе консилиумның тағайындауларын орындауға мәжбүрлеу

83. Перинаталдық көмекті аймақтандыру мақсаты:

А) Республикада төсек-орын желісін ұтымды пайдалану

Б) Ауыл өңірлерінің тұрғындарына жоғары білікті көмекті жақындату

В) \* Босандыру жүйесінің мүмкіндіктерін ұтымды пайдалану есебінен перинаталдық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жақсарту

Г) Салмағы аз жаңа туған нәрестелер тобында перинаталды ауру мен өлімді азайту

Д)осандыру практикасына тиімділігі жоғары перинаталдық технологияларды енгізу

84. ДДҰ бойынша тірі туу критерийлері:

А) жүрек соғысының болуы

Б) \* белгілердің кем дегенде біреуінің болуы

В) кіндік пульсациясының болуы

Г) аяқ-қол қозғалыстарының болуы

Д) тыныс алудың болуы

85. Преэклампсия мен артериялық гипертензия арасындағы айырмашылық белгілері?

А) гипертензия деңгейі

Б) ісіну синдромының ауырлығы

В) протеинурия дәрежесі

Г) \*ми симптомдарының пайда болуы

Д) олигурия

86. Гравидограмма-бұл…

А) \* жүктіліктің белгілі бір кезеңі үшін ұрықтың төмен массасын анықтауға арналған скринингтік әдіс

Б) жүктіліктің белгілі бір кезеңі үшін ұрықтың үлкен массасын анықтауға арналған скринингтік әдіс

В) жүктіліктің белгілі бір кезеңінде бірнеше жүктілікті анықтауға арналған скринингтік әдіс

Г) жүктіліктің осы кезеңінде судың аздығын анықтауға арналған скринингтік әдіс

Д) жүктіліктің осы кезеңінде көпсуды анықтауға арналған скринингтік әдіс

87. Перинаталдық көмек көрсетудің бірінші деңгейіне мыналар жатады:

А) перинаталдық орталық

Б) қалалық перзентхана

В) \* аудандық аурухана

Г) облыстық перзентхана

Д) Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы

88. Перинаталдық көмек көрсетудің екінші деңгейіне мыналар жатады:

А) қалалық перинаталдық орталық

Б) \* қалалық перзентхана

В) аудандық аурухана

Г) облыстық перинаталдық орталық

Д) Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы

89. Перинаталдық көмек көрсетудің үшінші деңгейіне мыналар жатады:

А) \* перинаталдық орталық

Б) қалалық перзентхана

В) аудандық аурухана

Г) облыстық перзентхана

Д) қалалық Адам ұрпағын өрбіту орталығы

90. Әйелдер консультациясы жұмысының негізгі көрсеткіші:

А) жүкті әйелдерді дәрігерлік байқаумен ерте қамту

Б) мерзімінен бұрын босану жиілігі

В) декреттік демалысты уақытында беру

Г) \* перинаталдық өлім көрсеткіші

Д) терапевтпен тексеру жиілігі

91. Бір акушерлік-гинекологиялық учаскеде тұрады (адам):

А) 100-200

Б) 1000-2000

В) \* 2500-3000

Г) 4000-4500

Д) 5000-5500

92. Босану арасындағы болуы тиіс ең аз интергенетикалық интервал ……:

А) 0,5

Б) 1,0 жыл

В) 1,5 жыл

Г) \* 2,0 жыл

Д) 3 жыл

93. Перинаталдық өлім-жітімді төмендетуде жетекші орын беріледі:

А) жүктілікті 21 аптаға дейін сақтау мүмкіндігі

Б) ұрық жоғалуын талдау

В) жүкті әйелдің диетасын сақтау

Г) \* ұрықтың қауіпті жағдайын диагностикалау

Д) санитарлық-ағарту жұмысына

94. Ұрықтың жүрек дыбыстарын аускультациялау жүктілік кезінде мүмкін ........ апта:

А) 12

Б) 16

В) \* 20

Г) 24

Д) 26

95. Тексеру кабинетінің есепке алу нысаны (ЕН) :

А) жеке бақылау картасы (ЕН № 111)

Б) диспансерлік бақылау картасы (№30 ЕН)

В) \* амбулаторлық науқастың медициналық картасы (№25 ЕК)

Г) босану тарихы (ЕК № 096-у)

Д) жүкті әйелдің айырбастау картасы (ЕК № 113)

96. Профилактикалық тексеру кезінде әйелдерді міндетті тексеру әдісі:

А) іш қуысы органдарының рентгенографиясы

Б) \* жағындыны онкоцитологиялық зерттеу

В) кіші жамбас ағзаларын ультрадыбыстық зерттеу

Г) гистероскопия

Д) қанның жалпы талдауы

97. Әлемде ана өлімі құрылымында бірінші орын алады:

А) жүктіліктен туындаған гипертензия

Б) экстрагенитальды патология

В) \* босанғаннан кейінгі қан кету

Г) босанғаннан кейінгі сепсис

Д) жатырдың жыртылуы

98. Ерте неонатальды өлім құрылымында әлемде бірінші орын алады:

А) туу жарақаты

Б) туа біткен даму ақаулары

В) жұқпалы асқынулар

Г) өкпенің жетілмегендігі

Д) \* нәрестенің асфиксиясы

99. Дені сау жүкті әйелді тіс дәрігері келесі мерзімде тексереді.... жүктілік:

А) 12 және 20 апта

Б) 12 және 36 апта

В) 16-32 апта

Г) алғашқы келу және 38 апта

Д)\* бірінші келу және одан әрі қажеттілік бойынша

100. Гравидограммада көрсетілген:

А) \* жатыр түбінің биіктігі және жүктілік мерзімі

Б) іштің шеңбері және жүктілік кезеңі

В) жатырдың көлденең мөлшері және жүктілік мерзімі

Г) тікелей ұрық басының мөлшері

Д) ұрықтың жүрек соғысы және жүктілік

**Қолданылған әдебиеттер:**

1. Ж.К. Ахметова, Д. А. Оспанова, Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП Вестник АГИУВ, 2019 г, 120-122 стр.
2. Клинические протоколы диагностики и лечения МЗ РК, утвержденные протоколом № 18 от 19.09.2013г
3. Бахарева И.В. Современная прегравидарная подготовка: комплексный подход, ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» РМЖ, Мать и дитя, 2017, №12, 889-993 стр.
4. Лебеденко Е.Ю. Near miss: на грани материнских потерь. Под ред.В.Е. Радзинского. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2015. 184 с.
5. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. [авт. разраб. В.Е. Радзинский и др.]. М.: Редакция 4журнала Status Praesens, 2016. 80 с.
6. Ж.К. Ахметова, Д. А. Оспанова, Основы мультидисциплинарного подхода в подготовке беременной женщины к родам на уровне ПМСП Вестник АГИУВ, 2019 г, 123 стр.
7. Tarrant R., Younger K., Sheridan-Pereira M. and Kearney J. (2011). “Maternal Health Behaviours During Pregnancy in an Obstetric Population and Their Associations with SocioDemographic and Infant Characteristics”. European Journal of Clinical Nutrition 65(4):470-479.
8. Jones N., McFall B. and Diego M. (2004) “Patterns of brain electrical activity in infants of depressedmothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament”, Biological Psychology 67(1-2), 103-124.
9. Ireland, Department of Health National Healthcare Quality Reporting System: First Annual Report, Dublin: Department of Health 2015; 2: 123-128.
10. Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales Anaesthesia Under Examination: The Efficiency and Effectiveness of Anaesthesia and Pain Relief Services in England and Wales (Health Studies), London: Audit Commission 2007; 45-49.
11. National Programme for Paediatrics and Neonatology, Health Service Executive Model of Care for Neonatal Services in Ireland, Dublin: Health Service Executive 2015; 57-59
12. Koo Y., Ryu H., Yang J., Lim J., Kim M. and Chung J. “Pregnancy outcomes according to increasing maternal age”, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002; (51)1, 60-65.
13. Leddy M., Power M. and Schulkin J. “The impact of maternal obesity on maternal and fetal health”, Reviews in Obstetrics and Gynecology, 2008; 1(4), 170-178.
14. National Institute for Health and Care Excellence Intrapartum care for healthy women and babies, London: National Institute for Health and Care Excellence 2015; 2: 67-69
15. Oken E. “Maternal and child obesity: the causal link”. Obstetrics and Gynaecology Clinics of North America: 2009; 36(2), 361-377.
16. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных.-К.:Авиценна. -2007. - 168 с.
17. В.И. Медведь, Т.В. Авраменко, О.Е. Данылкив, В.Е. Исламова «Профилактика осложнений беременности при экстрагенитальной патологии – важнейшая задача женской консультации (обзор литературы)» Вестник ХНУ,-2006.
18. [Умбеталина Н](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Umbetalina%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28480844)1, [Брегвадзе-Табагари Н](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bregvadze-Tabagari%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28480844)1, [Шалыгина А](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shalygina%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28480844)1, [Байдильдина Б](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Baidildina%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=28480844)1 «Эпидемиология, структура и алгоритм ведения беременных с экстрагенитальной патологией терапевтического профиля». 2020 Мар; (264):25-31.
19. Агафонова О.В. «Оптимизация оказания медицинской помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями» //Проблема социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2002.-№3.- 44-46 с
20. Дорофеев С.Б., Бабенко А.И. «Общие методологические подходы к определению стратегических позиций в формировании здорового образа жизни населения» Проблемы социальной гигиены и истории медицины, Том 25, №1, 2017, 214-235стр.
21. Бейбутова А.М. Организация и качества медико-социальной помощи беременным в городских женских консультациях, Автореф.канд.мед.наук. , 2011, 9-21 стр.
22. **Филлипова Т.Ю. «Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья женщин в современном мегаполисе»** Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2008.-N 3.-С.11-14. Библ. 7 назв
23. Шехтман М.М., Токова З.З. «Материнская заболеваемость и смертность при экстрагенитальной патологии» // Акушерство и гинекология.-1991.-№7.-54-57 стр.
24. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. –М, 1999.-527стр.
25. Абдрахманова А.И., Амиров Н.Б., Цибулькин Н.А., Гайфуллина Р.Ф., Артериальная гипертензия при беременности в клинике внутренних болезней, 2018, 11(3).51-
26. Позднякова М.А., Варшавер И.М., Пасина О.Б. «Организация родовспоможения беременным группы высокого риска с применением информационной технологии» //Организация здравоохранения и общественное здоровье № 2 (5) ноябрь 2012, 7-12 стр.
27. Серов В.Н., Фролова О.Г., Токова З.З.// Проблемы беременности.-2001.-№3.-15-18 стр.
28. Шестаков А.А. Врач акушер-гинеколог в системе родовспоможения: опыт социологического анализа, Автореферат канд.мед.наук, 2016
29. Серов В.Н., Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 4 е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с.
30. Чубирко М.И., Пичужкина Н.М., Масайлова Л.А., Ласточкина Г.В. «Оценка влияния социально-экономических факторов на медикодемографические показатели» // Гигиена и санитария 6, 2012, 36-38 стр.
31. Оценка социально-экономических факторов в медико-демографическом анализе, пресс служба КазНМУ, 2012г.
32. Анализ положения детей и женщин в Республике Казахстан www.unicef.kz
33. Каусова Г.К., Уразиманова Г.С., Медико-социальная оценка состояния здоровья и оптимизация медицинской помощи студентам (обзор литературы) Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ» Вестник КазНМУ №4-2017, 295-297 стр.
34. Зайтуна А. Хисметова, http://orcid.org/0000-0001-5937-3045 Алия К. Атабаева, http://orcid.org/0000-0001-7725-2255 Умытжан С. Самарова, http://orcid.org/0000-0003-3320-7115 Камила М. Худайбердина Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения студентов медицинского вуза (на примере государственного медицинского университета города семей) Science & Healthcare, 3, 2017 84-94 стр.
35. Lindbohm M.L. Womtns reproductive health: some recent developments in occupational epidemiology. Am. J. Ind. Med. - 1999. - Vol. 36(1). - P. 1824.
36. Назарова И.Б., Зеленская М.П. «Репродуктивные установки студенческой молодежи: ценностный аспект (обзор эмпирических исследований)»// Вестник РУДН. Серия: Социология 2017 Vol. 17 No. 4 555—567 стр.
37. Лашманов Б. В. Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротических расстройств // Журнал акушерства и женских болезней// Т о м L V I I в ы п у с к 2 / 2 0 0 8 , стр 138-144.
38. Дударенкова М.Р., Гладунова Е.П., Кшнясева С.К., Горбунова Е.С., «Медико -социальные аспекты невынашивания беременности» © 2015 Конференция «Современные проблемы онкологии и гематологии», 22-24.04. 2015 г , С 512-517.
39. Ярославцев А.С. Влияние некоторых медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье женщин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. - №3. - С. 52-54.
40. **Шувалова М.П.1, Чаусов А.А.1, Гребенник Т.К.1, Приходько Н.А.1, Курочка М.П.2, Буштырев А.В. Роль медико-социальных факторов в формировании ценностного отношения матери к здоровью // Социальные аспекты здоровья населения**.-2006. №6.
41. Порада Н. Е. Общественное здоровье и здравоохранение //Курс лекций //Минск «ИВЦ Минфина» 2017, с 10-22.
42. Мингалева Н.В. Экспертная оценка и моделирование диспансерного наблюдения беременных в женской консультации (пути оптимизации,разработка автоматизированной системы наблюдения): Автореф. дисс. к.м.н. Оренбург. - 1991. - 24 с.
43. Шувалова М.П., Письменская Т.В., Гребенник Т.К. «Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации» // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» -2017.
44. Ларюшева Т. М., Лебедева Т. Б., Баранов А. Н. «Особенности течения беременности и родов у юных женщин» // Журнал акушерства и женских болезней //Том LXI выпуск 1/2012 С 106-112.
45. Sokol R., Martier S., Ager J. Prenatal substance use and preterm delivery risk for older and younger women. // Am. J. of OB and Gyn. —2001. V. -184.-№ 1.- 171 p.
46. Абдуев A.C. Медико-социальное и гигиеническое изучение факторов, влияющих на уровень материнской смертности (республика Таджикистан): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1998.
47. Репина М.А. Материнская смертность в Санкт-Петербурге и пути ее профилактики // Акушерство и женские болезни. 1997. - №1. - С. 11-19.
48. Тутынина О.В., Егорова А.Т, Виноградов К.А. Поздняя материнская смертность: проблемы, поиски, решения // Науки о здоровье. -2008.- С. 85-97
49. Курбатова А. В., Егорова А. Т., Репродуктивное здоровье девочек-подростков // Науки о здоровье // 2009, С 35-42
50. Шарапова Е.И. Материнская смертность в РФ и перспективы ее снижения // Автореферат.дисс. к.м.н.-М.,-1992.-10-23 с
51. Abouzahr C, Wardlow T. Maternal mortality at the end of decade: signs of progress // Bulletin of the World Health Organization. 2001. - V. 79. - № 6.- P. 561.
52. Fenton P., Tadesse L. Reducing perinatal and maternal mortality in the world: major challenges. // Br. J. of OB and Gyn. 2000. - V. 107. - № 6. - P. 831832.
53. Владимирова Н. Ю. Исходы беременности и родов у женщин, страдающих привычным невынашиванием / Н. Ю. Владимирова, О. Б. Янн, Е. П. Когут // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1996. - Т. 41. - № 1.1. C. 21-24.
54. Давыдова Н. И. Грубые аномалии развития плода связь с экстра-генитальной патологией матери / Н. И. Давыдова, О. JI. Шестовских // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии : матер. III Рос. науч. форума.-М., 2001.-С. 58-59.
55. Домрачева М. Я. Особенности течения беременности и состояния фетоплацентарного комплекса у беременных с пиелонефритом : автореф. дис. . канд. мед. наук / М. Я. Домрачева. Барнаул, 2000. - 21 с.
56. Костючек Д.Ф. Влияние экстрагенитальной патологии матери на структуру перинатальных потерь / Д.Ф. Костючек, И.Г. Наджарян, В.С. Лучкевич // Современные проблемы детской и гинекологии в России: матер. V Всеросс.конф.-СПб., 2003.-№4.-127с
57. Николаев Л. Б. Особенности течение первой беременности, осложненной анемией / Л. Б. Николаев // Мать и дитя : Тез. докл. II Рос. форума. М., 2000. - С. 107 - 108.
58. Филипова О. С. Результаты клинико-эпидемиологического исследования репродуктивного здоровья населения по методологии ВОЗ / О. С. Филиппова, А. А. Радлонченкова, Н. И. Вороновская // Вестн. Рос. Ассоц. акушеров-гинекологов. 1998.-№1. - С. - 6360.
59. Harold H.F. Gynecological and obstetric pathology for the MRCOG / H.F. Harold. . London : RCOG Press. - 1998. - 178 p.
60. Marana R. Perlaparoscopic salpingoscopy in the evaluation of the tubal factor in infertile women / R. Marana, P. Muscatello, L. Muzii // Int. J. Fer-til. 1990. - Vol. 35, № 4. - P. Горская И.Н. Медико-социальная оценка факторов риска акушерско-гинекологической патологии у женщин-работниц электротранспорта / Общественное здоровье и здравоохранение: сб науч.работ СПбГМА им И.И. Мечникова.-СПб.: СПбГМА, 2002-185-186 с.
61. Дубисская Л. А. Современные медико-социальные проблемы охраны беременных женщин, стратегия и тактика их решения : автореф. дис. . д-ра мед. наук / Л. А. Дубисская. СПб., 2000. - 45 с.
62. 211 - 214.
63. Кулавский В. А. Медико-социальные и демографические тенденции формирования репродуктивного здоровья / В.А. Кулавский, Л.А. Даутова, Е.В. Кулавский // Журн.акуш. и женс.бол.-2002.-Выпуск 2.-67-71 с.
64. Познанская А. В. Оптимизация системы профилактики и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья и поведения женщин позднего, репродуктивного возраста: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.В. Познанская. Иваново, 1999.—21 с.
65. Покосовская В. П. Ведение беременных групп риска в женской консультации и исходы родов у них / В. П. Пискунова, О. П. Пискунова, В.В. Зеленев // Научные основы организации медицинского обслуживания женщин и детей: Респ.сб.нау.работ.-М., 1996.-15-18 с.
66. Abstracts of opal and poster presentations 50th Annual meeting of the Pacific Coast reproductive society: La Miranda (Calif.). Apr. 17-21, 2002. New York: Amer. soc. for reproductive, 2002. -24 p.
67. Андреева М.В. Репродуктивное здоровье женщин их потомства, проживающих в районах с высокой техногенной нагрузкой. Автореф.дис., д.м.н./ М.В. Андреева; науч.-исслед.ин-т акуш. И гин. Им Д.О.Отта РАМН.-СПб., 2002.-43с.
68. Нукушева С.Г. Научные основы совершенствования управления системой охраны репродуктивного здоровья женщин Казахстана// Автореферат.дисс. д.м.н.-М.,-2005.-10-35 с
69. Каусова Г.К., Файзрахманова Т.М. К проблеме невынашивания беременности у женщин (обзор) Вестник КазНМУ №4-2017, 1-3 стр.
70. Давыдова Н. И. Грубые аномалии развития плода связь с экстра-генитальной патологией матери / Н. И. Давыдова, О. JI. Шестовских // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии : матер. III Рос. науч. форума.-М., 2001.-С. 58-59.
71. Кошелева Н. Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза / Н. Г. Кошелева // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 2002. — №3. — С. 45 51.
72. Орловская Е. В. Состояние и пути оптимизации медико-социальной реабилитации женщин после родов : автореф. дис. . канд. мед. наук / Е. В. Орловская СПб., 2004. -18 с.
73. Gina M. Wingood. Handbook of women's sexual and reproductive health / Gina M. Wingood. New York : Kluwer asad ; Plenum publ., 2002. - P. 473.
74. Бобков В. Н. Качества жизни: вопросы теории и практики / В. Н. Бобков. М., 2000. - С. 31.
75. Ионова Т. В. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т. В. Ионова, А. А. Новик, Б. Гандек // Исследования качества жизни в медицине : матер, конф. СПб., 2000. - С. 54 - 57.
76. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни предмет научных исследований в пульмонологии / Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский // Тер. арх. - 2000. — Т.З-С. 36-41.
77. Шевченко Ю. JI. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Ю. JI. Шевченко // Исследования качества жизни в медицине : матер. Всерос. конф. с междунар. участием. СПб., 2000. - С. 3-22.
78. Юрьев В. К. Качество жизни, связанные со здоровьем / В. К. Юрьев, В. А. Медик. СПб. - В. Новгород, 1993. - 24 с.
79. Aaronson N. К. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project / N. K. Aaronson, C. Acquadro, Alonso J.// Qual. Lif.-Res. - 1992. Oct. -№1 (5). -P. 349 -351.
80. Feeny D. Evaluation of HRQOL in special populations: children. Abstracts Issue 7th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research / D. Feeny // Qual. Life Research. 2000. - Vol. 9. - № 3. - P. 246.
81. Guillemin F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton // J. Clin. Epidemiol. 1993. - Vol. 46, № 12. - P. 1417 - 1432.
82. Лучкевич В. С. Организация медико-социальной помощи женщинам : учеб. пособие / В. С. Лучкевич, Е. Н. Нечаева, Н. И. Вишняков. -СПб., 2002. -59 с.
83. Guillemin F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton // J. Clin. Epidemiol. 1993. - Vol. 46, № 12. - P. 1417 - 1432.
84. Дармограй Н. В. Влияние медико-социальных факторов на репродуктивную функцию работающих женщин / Н. В. Дармограй // Невынашивание беременности. Недоношенный ребенок : матер, науч. конф. Петрозаводск, 2002.-С. 35.
85. Ware J. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach / J. Ware, B. Gandek // J. Clin. Epidemiol. -1998,-Vol. 51, № 11.-P. 945-952.
86. Бобков В. Н. Качества жизни: вопросы теории и практики / В. Н. Бобков. М., 2000. - С. 31.
87. Лучкевич В. С. Организация медико-социальной помощи женщинам : учеб. пособие / В. С. Лучкевич, Е. Н. Нечаева, Н. И. Вишняков. -СПб., 2002. -59 с.
88. Шевченко Ю. JI. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Ю. JI. Шевченко // Исследования качества жизни в медицине : матер. Всерос. конф. с междунар. участием. СПб., 2000. - С. 3-22.
89. Guillemin F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton // J. Clin. Epidemiol. 1993. - Vol. 46, № 12. - P. 1417 – 1432
90. Кузьмина Т.Е., Пашков В.М., Клиндухов И.А. Прегравидарная подготовка. Современные концепции // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т. 14. №5. С. 3–9 [Kuz'mina T.E., Pashkov V.M., Klinduhov I.A. Pregravidarnaja podgotovka. Sovremennye koncepcii // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015. T. 14. № 5. S. 3–9 (in Russia)].
91. Доброхотова Ю.Э., Иванова Т.А., Гуляева Н.В., и др. Окислительный стресс в плаценте при физиологической и патологически протекающей беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. № 6. С. 33–36 [Dobrohotova Ju.Je., Ivanova T.A., Guljaeva N.V., i dr. Okislitel'nyj stress v placente pri fiziologicheskoj i patologicheski protekajushhej beremennosti // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2008. № 6. S. 33–36 (in Russia)].
92. Mistry H.D., Williams P.J. The Importance of Antioxidant Micronutrients in Pregnancy. Review Article // Oxidative Medicine and Cellular Longevity Volume. 2011. Article ID 841749, 12 pages. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/841749>
93. Mert I., Oruc A.S., Yuksel S. Role of oxidative stress in preeclampsia and intrauterine growth restriction // J Obstet Gynaecol Res. 2012. Vol. 38(4). P. 658–664. Doi: <http://doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01771>
94. Guillemin F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardier, D. Beaton // J. Clin. Epidemiol. 1993. - Vol. 46, № 12. - P. 1417 - 1432.
95. Williams G. H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance / G. H. Williams // AJH. 1998. - Vol. 11, № 11-2. -P. 186-191.
96. Лучкевич В. С. Организация медико-социальной помощи женщинам : учеб. пособие / В. С. Лучкевич, Е. Н. Нечаева, Н. И. Вишняков. -СПб., 2002. -59 с.
97. Чавпецов В.Ф. Качество медицинской помощи в родильных домах Санкт-Петербурга / В.Ф. Чавпецов, С.М. Михайлов и др. // Контроль качества :
98. материалы конференции. СПб., 2009. - С. 154 - 160.
99. Вельская О. Б. Динамика факторов и современные критерии оценки качества жизни населения по параметру здоровья : автореф. дис. . канд. эконом, наук / О. Б. Вельская. -М., 2004. С. 23.
100. Бобков В. Н. Качества жизни: вопросы теории и практики / В. Н. Бобков. М., 2000. - С. 31.
101. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни предмет научных исследований в пульмонологии / Н. Ю. Сенкевич, А. С. Белевский // Тер. арх. - 2000. — Т.З-С. 36-41.
102. Gerber S. Maternal quality of life in the year following delivery development and validation of a new assessment tool / S. Gerber, L. Sharp, D. Cella // Amer. J. OB and Gynec. 2001. - Vol. 184, № 1. - P. 148.
103. Айламазян Э. К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды / Э. К. Айламазян // Журн. акуш. и женск. бол. 1997. - Вып. 1. - С. 6 - 10.
104. Вельская О. Б. Динамика факторов и современные критерии оценки качества жизни населения по параметру здоровья : автореф. дис. канд. эконом, наук / О. Б. Вельская. -М., 2004. С. 23.
105. Денисов В. И. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования / В. И. Денисов. — М. : Изд-во ВНИИ технической эстетики, 2000. 124 с.
106. Карибаева Ш. К. Определение качества жизни больных с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения / Ш. К. Карибаева, В. Н. Лошкин // Репродуктивные технологии сегодня и завтра : матер, метод.конф. Чебоксары, 2005. - С. 17.
107. Коломина Е. А. Современные подходы введение беременности после ЭКО / Е. А. Коломина // Акт. вопросы акуш. и гин. 2001-2002. - Т. 1. -№1. -С. 35-36.
108. Янов Ю. К. Методология исследования качества жизни в клинической практике / Ю. К. Янов, А. А. Медик // Исследование качества жизни в медицине : матер, науч. конф. СПб., 2000. - С. 158 - 159.
109. Aaronson N. К. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project / N. K. Aaronson, C. Acquadro, Alonso J.// Qual. Lif.-Res. - 1992. Oct. -№1 (5). -P. 349 -351.