

# **НАРЕДБА № 19 от 22.12.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Акушерство и гинекология"**

Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 106 от 23.12.2014 г.

**Чл. 1.** (1) С тази наредба се утвърждава медицинският стандарт "Акушерство и гинекология" съгласно приложението.

(2) С медицинския стандарт се определят:

1. обхватът на медицинската помощ, оказвана в специалността "Акушерство и гинекология" (АГ);

2. устройствената рамка на акушеро-гинекологичната помощ;

3. квалификацията на лица, осъществяващи медицински дейности в областта на АГ;

4. медицинските дейности в специалността АГ;

5. специфичните показатели за оценка на медицинските дейности в специалността АГ;

6. изискванията към медицински дейности в специалността АГ с оглед качество на медицинската помощ, защита интересите и правата на пациента;

7. изискванията към структурите на лечебни заведения, в които се оказва АГ помощ;

8. изискванията за съставяне и водене на специфичната медицинска документация;

9. изискванията за поддържане на национална информационна система за ражданията.

(3) Дейностите по акушерство и гинекология се осъществяват от лечебните заведения при спазване на стандарта по ал. 1.

**Чл. 2.** Вътрешните актове на органите на управление на лечебното заведение и договорите за оказана медицинска помощ, сключвани от лечебните заведения, не могат да съдържат разпоредби, които определят по-ниско качество на осъществяваната дейност по акушерство и гинекология от установеното със задължителните изисквания на тази наредба.

## **ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА**

**§ 1.** По смисъла на тази наредба:

1. "Аборт" е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да е (са) станал(и) потенциално жизнеспособен (жизнеспособни) по критериите, дефинирани в т.

17.

2. "Анормално раждане" е раждане, при което е налице задръжка на плацентарна част или на цялата плацента.

3. "Безплодие (инфертилитет)" е термин, който обединява три състояния: невъзможност да се зачене (стерилитет), невъзможност да бъде доизносена бременността, докато плодът стане жизнеспособен (недоизносване), и нежизнеспособност на новороденото.

От биологична гледна точка стерилитет е неспособност за забременяване въпреки редовните сексуални контакти (поне 2 – 3 пъти седмично), неприлагането на мерки за предпазване от бременност и липса на лактационна аменорея.

От клинична гледна точка изследването и лечението на стерилитета трябва да започнат:

а) след повече от 12 месеца без настъпване на бременност, ако жената е на възраст до 29 години, а партньорът ѝ – до 39 години;

б) след повече от 6 месеца без настъпване на бременност, ако възрастта на жената и/или партньора ѝ надвишава възрастта по буква "а".

4. "Бременност с повишен риск (рискова бременност)" е бременност, при която вероятността за съществуване на заплахата за здравето и живота на бременната (раждащата) и/или концептуса е по-висока от вероятността за липса на такава заплахата.

5. "Бременност с реализиран риск (патологична бременност)" е бременност, при която съществува заплахата за здравето и живота на бременната (раждащата) и/или концептуса.

6. "Водене на раждането" е лекарска дейност, която има за цел оптимален както за майката, така и за потомството резултат от раждането посредством:

а) непрекъснато и комплексно диагностично обхващане;

б) динамично прогнозиране;

в) своевременно възприемане и прилагане на адекватна акушерска тактика.

7. "Допълнителен диагностичен метод" е всеки диагностичен метод, който не е клинично изследване.

8. "Жив плод" е плод, който проявява признаци на кръвна циркулация. При липса на такива признаци плодът се обозначава като "мъртъв" (foetus mortuus).

9. "Зародиш" (embryo) е човешкият концептус до 10 навършени гестационни седмици

включително.

10. "Изкуствена инсеминация" е депониране на мъжки гаметни в маточната кухина, цервикалния канал или влагалището, без да е сигурно дали ще последва непосредствен контакт между женски и мъжки гаметни.

11. "Изкуствено оплождане (изкуствена фертилизация)" е създаване на непосредствен контакт между женски и мъжки гаметни. Това може да стане в майчиния организъм или извън него. Изкуственото оплождане е част от асистираната репродукция.

12. "Концептус (продукт от зачатие)" е организъм, получен от сливането на мъжка и женска гамета от момента на имплантирането му в майчина тъкан до раждането. В понятието "концептус" се включват и т. нар. плодни придатъци, а именно: пъпна връв, плацентата и нейни предшественици, околоплодни ципи и околоплодна течност.

13. "Нормална бременност" е желана от здрава жена бременност, по време на която бременната и концептусът са здрави, а крайният резултат е здрава майка и здраво потомство, с нормални възможности за физическо и психическо развитие. При нормална бременност липсва заплаха за здравето и живота на бременната (раждащата) и/или концептуса.

14. "Нормално раждане" е раждане, което отговаря едновременно на всички изброени по-долу условия:

- а) едноплодна бременност;
- б) преминаване на родовия обект през нормалните родови пътища;
- в) живо новородено;
- г) нормален биомеханизъм при главично преднотилно предлежание;
- д) върху плода не е упражнена тракция (екстракция);
- е) тегло на плода 2500 и повече грама;
- ж) цялостна експулсия на плодните придатъци, като е възможно да бъде упражнена тракция на пъпната връв;
- з) времетраене (считано от началото на родовата дейност до раждане на плацентата, включително):

- не по-малко от 4 часа за първескини и от 2 часа за многораждали;
- не повече от 14 часа за първескини и от 10 часа за многораждали.

15. "Патологично раждане" е:

а) раждане в седалищно предлежание ("седалищно раждане");

б) раждане с отклонения от нормалния биомеханизъм на главичното предлежание, които създават риск при раждане през естествените родови пътища, но този риск е приемлив (според случая раждане в дълбоко право заднотилно предлежание, лицево предлежание – брадичка напред, предночерепно предлежание, дълбоко напречно положение на предлежащата глава);

в) раждане с отклонения от нормалния биомеханизъм на главичното предлежание, които създават неприемлив риск при раждане през естествените родови пътища или правят такова раждане невъзможно (според случая раждане в челно предлежание, лицево предлежание – брадичка назад, високо право положение на предлежащата глава);

г) раждане в напречно или косо положение на плода.

16. "Плод (foetus)" е човешкият концептус от 11-ата гестационна седмица до раждането.

17. "Потенциална жизнеспособност" е теоретична способност на плода да води извънтробен живот. Плодът се определя като потенциално жизнеспособен, ако отговаря на следните критерии:

а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече г.с. – независимо дали плодът е роден жив, или мъртъв;

б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 г.с. – при условие че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

18. "Предимплантационен зародиш" е организъм, получен от сливането на мъжка и женска гамета ("оплождане") до момента на имплантирането му в майчина тъкан ("концепция" или "зачатие").

19. "Предтерминно (недоносено, преждевременно) раждане" е раждане на потенциално жизнеспособен плод (съобразно критериите по т. 17) с телесна маса при раждането до 2499 грама вкл. и/или гестационна възраст по-малко от 37 навършени г.с.

20. "Преципитирано раждане" е раждане, при което времетраенето на раждането е под 4 часа за първескини и под 2 часа за многораждали.

21. "Протрахирано раждане" е раждане, при което времетраенето на раждането е над 14 часа за първескини и над 10 часа за многораждали.

22. "Раждане" е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, който е потенциално жизнеспособен по критериите, дефинирани в т. 17.

23. "Раждане на близнаци" е раждане при многоплодна бременност; изрично се отбелязва броят на близнаците.

24. "Раждане чрез цезарово сечение" е раждане, което не е през естествените родови пътища.

25. "Раждане с налагане на форцепс (вакуум-екстрактор)" е раждане, при което върху плод в главично предлежание е упражнена тракция със съответното акушерско пособие.

26. "Родилна помощ" е акушерска помощ, оказвана през втората половина на бременността (след навършване на 26 гестационни седмици), по време на раждането и до 14-ия ден след раждането включително.

27. "Следродов период (puerperium)" е периодът след раждане считано до 40-ия ден включително.

28. "Спешно цезарово сечение (ЦС)" е цезарово сечение, индикациите за което:

а) са поставени не повече от 2 часа преди извършване на кожния разрез;

б) представляват заболяване (състояние), което в конкретния случай застрашава живота или здравето на майката и/или плода в по-голяма степен, отколкото самото цезарово сечение.

29. "Срок на бременността (гестационен срок, гестационна възраст)" е продължителност на бременността, измерена от първия ден на последната редовна менструация, който се приема за "нулев ден" на бременността. Срокът на бременността се изразява в навършени дни или навършени седмици. В случаите, в които датата на последната редовна менструация не се знае, гестационната възраст се базира на комплексна преценка – клинични и ехографски (биометрични) данни.

## **ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

§ 2. Стандартните и специфичните оборудване и апаратура, определени в приложението към чл. 1, ал. 1, ако не могат да бъдат осигурени за всяка клинична структура, следва да бъдат осигурени в лечебното заведение в брой и по специфика, достатъчни за обезпечаване изпълнението на изискванията за компетентност и обем дейност на всяка от структурите по нива.

§ 3. (1) В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с този стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

(2) В случаите по ал. 1, ако лабораторията е самостоятелна медико-диагностична лаборатория или структура на лечебно заведение за извънболнична помощ, тя следва да отговаря на изискванията за съответното ниво болнична структура по клинична лаборатория, определени с медицински стандарт "Клинична лаборатория".

§ 4. Отменя се Наредба № 12 от 2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Акушерство и гинекология" (ДВ, бр. 66 от 2014 г.).

§ 5. В Наредба № 41 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Медицинска паразитология" (ДВ, бр. 68 от 2010 г.), в приложението към член единствен, ал. 1, се правят следните изменения и допълнения:

1. В т. 1.1.2.2 след думата "отделения" се поставя наклонена черта и се добавя "клиники".

2. В т. 1.1.2.3 след думата "отделения" се поставя наклонена черта и се добавя "клиники", а думите "на многопрофилни болници за активно лечение" се заличават.

§ 6. В Наредба № 5 от 2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Вирусология" (ДВ, бр. 2 от 2014 г.), в приложението към член единствен се правят следните изменения и допълнения:

1. В т. 1.3.3 думите "специалисти по "Вирусология" в лечебни заведения, здравни заведения или в съответната регионална здравна инспекция (РЗИ)" се заменят с "разкрито лечебно заведение/структура/дейност по вирусология".

2. Създава се т. 4.4.6:

"4.4.6. Дейности по вирусология от второ ниво на компетентност могат да се извършват и в лаборатория по микробиология от второ или трето ниво на компетентност при спазване на изискванията за организацията на дейността съгласно т. 4.4, като в този случай броят на лекарите със специалност "Вирусология" е най-малко един."

3. Създава се т. 4.5.5:

"4.5.5. Дейности по вирусология от трето ниво на компетентност могат да се извършват и в лаборатория по микробиология от трето ниво на компетентност при спазване на изискванията за организацията на дейността съгласно т. 4.5, като в този случай броят на лекарите със специалност "Вирусология" е най-малко двама."

§ 7. В Наредба № 21 от 2010 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Инфекциозни болести" (ДВ, бр. 54 от 2010 г.), в глава V, в т. 3 се създава подточка 3.2.6:

"3.2.6. В инфекциозните клиники/отделения се осъществява дейност по медицинска паразитология съгласно медицинския стандарт "Медицинска паразитология"."

§ 8. В Наредба № 20 от 2010 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия (ДВ, бр. 53 от 2010 г.) § 6 от преходните и заключителните разпоредби се изменя така:

"§ 6. Дейността по микробиология може да се осъществява в структура на лечебното заведение или по договор с друго лечебно заведение."

**Приложение**

към чл. 1, ал. 1

# МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

ДЯЛ I

ОБЩА ЧАСТ

Глава I

ОБХВАТ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ, ОКАЗВАНА В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Медицинската помощ, оказвана в специалността "Акушерство и гинекология" (АГ), обхваща:

1.1. физиологичните процеси:

1.1.1. оплождане;

1.1.2. бременност, раждане и следродов период;

1.1.3. съзряване, циклична функция и стареене на женската репродуктивна система;

1.2. патологичните отклонения в процесите по т. 1.1;

1.3. други заболявания, засягащи женската репродуктивна система.

2. Медицинската помощ по т. 1 се оказва:

2.1. в лечебни заведения;

2.2. от правоспособни лица;

2.3. чрез извършване на медицински дейности.

3. Повечето медицински дейности в АГ са хирургични. Акушерство и гинекология е хирургична специалност.

4. Значителна част от медицинските дейности в АГ, включително медицинската помощ при всяко раждане, се практикува в условия на спешност.

Глава II

ПРОФИЛИРАНИ ОБЛАСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. В специалността АГ се обособяват следните профилирани области:

1.1. детска гинекология;

1.2. гинекологична ендокринология;

1.3. урогинекология;

1.4. миниинвазивна гинекологична хирургия;

1.5. семейно планиране и репродуктивно здраве.

2. Медицинската дейност в профилирани области на специалността АГ:

2.1. се практикува от специалисти акушер-гинеколози с допълнителна медицинска квалификация;

2.2. включва извършване на:

2.2.1. специализирани диагностично-лечебни дейности (ДЛД);

2.2.2. високоспециализирани ДЛД от групи А и Б (глава XIII);

2.2.3. операции.

3. Детска гинекология:

3.1. Обхват: диагноза, прогноза, лечение и профилактика на вродени и придобити заболявания, засягащи репродуктивната система при лица от женски пол или с интерсексуални състояния на възраст до 18 години включително.

3.2. Задължителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

3.2.1. гинекологична ендокринология или ендокринология или детска ендокринология;

3.2.2. оперативна гинекология.

3.3. Препоръчителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

3.3.1. педиатрия;

3.3.2. детска психология;

3.3.3. консултиране;

3.3.4. права на пациента.

3.4. Включва извършване на операции от групи 2, 4, 5, 7 и 11 (глава XIV).

4. Гинекологична ендокринология.

4.1. Обхват: диагноза, прогноза и лечение на заболявания със следните основни прояви:

4.1.1. нарушено производство на репродуктивни хормони от женския организъм;

4.1.2. нарушена регулация на това производство;

4.1.3. нарушена реактивност на организма спрямо тези хормони.

4.2. Задължителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ: ендокринология или гинекологична ендокринология.

4.3. Препоръчителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

4.3.1. хистероскопия;

4.3.2. лапароскопия или миниинвазивна хирургия.

4.4. Включва извършване на операции от групи 4, 5 и 11 (глава XIV).

5. Урогинекология.

5.1. Обхват:

5.1.1. диагноза, прогноза и лечение на заболявания, засягащи едновременно женската репродуктивна система и дисталната част на пикочоотделителната система (дистално от *linea terminalis* – горната граница на малкия таз);

5.1.2. извършване на гинекологични операции.

5.2. Задължителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

5.2.1. урогинекология или урология;

5.2.2. оперативна гинекология.

5.3. Препоръчителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

5.3.1. цистоскопия;

5.3.2. уродинамометрия.

5.4. Включва извършване на операции от групи 2, 6 и 7 (глава XIV).



6. Миниинвазивна гинекологична хирургия.

6.1. Обхват: извършване на гинекологични операции чрез "минимален достъп", както следва:

6.1.1. гинекологични операции през миналапаротомия;

6.1.2. гинекологични операции чрез лапароскопски достъп, комбиниран или не с миналапаротомия;

6.1.3. видеоасистирани гинекологични операции;

6.1.4. урогинекологични операции чрез лапароскопски достъп;

6.1.5. гинекологични операции чрез хистероскопски достъп.

6.2. Задължителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

6.2.1. оперативна гинекология;

6.2.2. миниинвазивна хирургия или лапароскопия;

6.2.3. хистероскопия.

6.3. Препоръчителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

6.3.1. онкогинекология;

6.3.2. стерилитет.

6.4. Включва извършване на операции от групи 2 – 7 и 9 (глава XIV).

7. Семейно планиране и репродуктивно здраве.

7.1. Обхват:

7.1.1. контрацепция;

7.1.2. прекъсване на бременност по желание;

7.1.3. консултиране на потребители на медицинска помощ, с оглед предпазване от рискове, свързани със:

7.1.3.1. желана бременност, раждане, следродов период и хранене на кърмачето;

7.1.3.2. безплодие;

7.1.3.3. полово предавани инфекции и други възпалителни генитални заболявания;

7.1.3.4. физиология и психология на сексуалността и половия живот;

7.1.3.5. сексуално посегателство;

7.1.3.6. генитални неоплазми;

7.1.3.7. прояви на преходните възрасти.

7.2. Задължителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

7.2.1. семейно планиране;

7.2.2. репродуктивно и сексуално здраве.

7.3. Препоръчителна допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

7.3.1. консултиране;

7.3.2. гинекологична ендокринология или ендокринология;

7.3.3. масов скрининг;

7.3.4. андрология;

7.3.5. сексология.

7.4. Включва извършване на операции от групи 5 и 7 (глава XIV).

Глава III

## ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНИ ОБЛАСТИ НА КЛИНИЧНАТА МЕДИЦИНА С УЧАСТИЕ НА СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Практикуването в интердисциплинарни области изисква равнопоставено участие на специалност АГ и на други клинични специалности. Това може да означава, че:

1.1. двама или повече различни специалисти (от които единият правоспособен в АГ) работят в екип;

1.2. един и същи специалист е правоспособен в АГ и в още една или повече други специалности.

2. Специалността АГ участва в следните интердисциплинарни области на клиничната медицина:

2.1. фетална медицина;

2.2. перинатална медицина (перинатология);

2.3. медицина на високия майчин риск;

2.4. онкогинекология;

2.5. асистиран репродуктивни технологии;

2.6. тазова хирургия;

2.7. чрез извършването на профилактични гинекологични прегледи специалността АГ участва и в интердисциплинарната област мамология.

3. Фетална медицина.

3.1. Обхват:

3.1.1. диагноза (включително чрез специални ехографски изследвания – доплерова и триизмерна ехография), прогноза, лечение и профилактика на малформации и заболявания на концептуса с изключение на перинаталната патология на потомството;

3.1.2. диагностична и лечебна дейност (ДЛД) при случаи, сигнализирани от антенаталния скрининг;

3.1.3. извършване на акушерски операции.

3.2. Освен специалист(и) по АГ задължително участие имат специалист(и) по:

3.2.1. медицинска генетика;

3.2.2. медицинска биология или молекулярна биология;

3.2.3. неонатология.

3.3. Допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

3.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:

3.3.1.1. образна диагностика или ехография;

3.3.1.2. доплерова ехография (ако не е включена в т. 3.3.1.1 от тази глава);

3.3.1.3. триизмерна ехография (ако не е включена в т. 3.3.1.1 от тази глава);

3.3.1.4. оперативно акушерство;

3.3.1.2. препоръчителна допълнителна медицинска квалификация:

- 3.3.1.2.1. медицинска генетика;
- 3.3.1.2.2. ембриология;
- 3.3.1.2.3. права на пациента.
- 3.4. Включва извършване на операции от групи 1, 5, 7, 8 и 11 (глава XIV).
- 4. Перинатална медицина (перинатология).
  - 4.1. Обхват: диагноза, прогноза, лечение и профилактика на заболявания на потомството, които възникват или се проявяват непосредствено преди раждането, по време на раждането или 7 дни след раждането, както и заболявания на майката, които създават риск за потомството в тези периоди. Това са:
    - 4.1.1. перипартални акутни заболявания на майката (генитални и екстрагенитални, гестационни и екстрагестационни);
    - 4.1.2. преждевременно пукнат околоплоден мехур;
    - 4.1.3. друга интраутеринна и вродена инфекция на потомството;
    - 4.1.4. интраутеринна и интрапартална "асфиксия" на потомството;
    - 4.1.5. незрялост и недоносеност;
  
    - 4.1.6. родов травматизъм на майката;
    - 4.1.7. родов травматизъм и преохлаждане, други вродени и придобити заболявания на новороденото – до поемане на грижите за него от специализираната неонатологична помощ.
  - 4.2. Освен специалист(и) по АГ задължително участие имат специалист(и) по:
    - 4.2.1. неонатология;
    - 4.2.2. анестезиология и интензивно лечение.
  - 4.3. Допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:
    - 4.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:
      - 4.3.1.1. електрофизиология на плода и кардиотокография;
      - 4.3.1.2. ехография или образна диагностика;
      - 4.3.1.3. оперативно акушерство;
    - 4.3.2. препоръчителна допълнителна медицинска квалификация фетална медицина.
- 4.4. Включва извършване на операции от групи 1, 7, 8, 11 и 12 (глава XIV).
- 5. Медицина на високия майчин риск.
  - 5.1. Обхват: диагноза, лечение и профилактика на:
    - 5.1.1. бременности с повишен (предимно) майчин риск;
    - 5.1.2. бременности с реализиран (предимно) майчин риск, включително интензивни грижи за бременната, раждащата и родилката.
  - 5.2. Освен специалист(и) по АГ задължително участие имат специалист(и) по:
    - 5.2.1. вътрешни болести и/или кардиология и/или пневмология и фтизиатрия и/или нефрология;
    - 5.2.2. анестезиология и интензивно лечение.
  - 5.3. Допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:
    - 5.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:
      - 5.3.1.1. бременност и придружаващи заболявания;

- 5.3.1.2. оперативно акушерство;
- 5.3.1.3. електрофизиология на плода и кардиотокография;
- 5.3.2. препоръчителна допълнителна медицинска квалификация:
  - 5.3.2.1. фетална медицина;
  - 5.3.2.2. перинатология.
- 5.4. Включва извършване на операции от групи 1, 7, 8, 11 и 12 (глава XIV).
- 6. Онкогинекология.
  - 6.1. Обхват:
    - 6.1.1. диагноза, прогноза, лечение и профилактика на преинвазивни и инвазивни заболявания на женските гениталии, включително всички форми на трофобластна болест;
    - 6.1.2. диагноза, прогноза и планово лечение на генитални тумори, за които към началото на лечението не се знае дали са инвазивни;
    - 6.1.3. ДЛД при случаи, сигнализирани от онкогинекологичния скрининг;
    - 6.1.4. определяне на комплексна лечебна тактика при болни с генитални неоплазми;
    - 6.1.5. лечение на непосредствени, ранни и късни следлечебни усложнения, засягащи външните полови органи и малкия таз на жената.
  - 6.2. Освен специалист(и) по АГ задължително участие имат специалист(и) (специалност) по:
    - 6.2.1. медицинска онкология (онкология);
    - 6.2.2. лъчелечение;
    - 6.2.3. обща и клинична патология.
  - 6.3. Допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:
    - 6.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:
      - 6.3.1.1. колпоскопия и епизиоскопия;
      - 6.3.1.2. оперативна гинекология;
      - 6.3.1.3. клинична онкология или нейни раздели (химиотерапия, онкохирургия) или онкогинекология;
    - 6.3.2. желателна допълнителна медицинска квалификация:
      - 6.3.2.1. клинична патология или клетъчна патология;
      - 6.3.2.2. масов скрининг;
      - 6.3.2.3. лапароскопия;
      - 6.3.2.4. хистероскопия.
  - 6.4. Включва извършване на планови операции от групи 2 – 5, 7, 9 и 12 (глава XIV).
- 7. Асистиращи репродуктивни технологии. Медицинските дейности от тази интердисциплинарна област се уреждат съгласно Наредба № 28 от 2007 г. за дейности по асистирана репродукция (ДВ, бр. 55 от 2007 г.).
- 8. Тазова хирургия.
  - 8.1. Обхват: извършване на аблативни, радикални, свръхрадикални и/или реконструктивни хирургични намеси, засягащи поне две от трите основни

системи, разположени в малкия таз – репродуктивна, пикочоотделителна, храносмилателна.

8.2. Освен специалист(и) по АГ задължително участие имат специалист(и) по:

8.2.1. хирургия или висцерална хирургия;

8.2.2. урология.

8.3. Допълнителна медицинска квалификация за специалиста по АГ:

8.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:

8.3.1.1. онкогинекология или онкохирургия;

8.3.1.2. оперативна гинекология;

8.3.2. препоръчителна допълнителна медицинска квалификация:

8.3.2.1. образна диагностика;

8.3.2.2. права на пациента.

8.4. Включва извършване на операции от групи 3, 4, 6, 7, 9, 10 и 12 (глава XIV).

Глава IV

#### ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. За извършване на някои високоспециализирани дейности и някои оперативни намеси в областта на АГ се изисква допълнителна медицинска квалификация по следните специалности и теми, които не попадат в обхвата на основната специалност "Акушерство и гинекология":

1.1. образна диагностика;

1.2. ендокринология;

1.3. хирургия;

1.4. миниинвазивна хирургия;

1.5. лапароскопия;

1.6. естетична хирургия;

1.7. урология;

1.8. андрология;

1.9. педиатрия;

1.10. детска психология (немедицинска специалност);

1.11. неонатология;

1.12. онкология;

1.13. клинична патология;

1.14. трансфузионна хематология;

1.15. анестезиология и интензивно лечение;

1.16. медицинска биология;

1.17. медицинска генетика;

1.18. биология (немедицинска специалност);

1.19. обществено здраве;

1.20. права на пациента;

1.21. сексология.

2. Теми за допълнителна медицинска квалификация, които попадат изцяло или отчасти в обхвата на основната специалност "Акушерство и гинекология", са:

- 2.1. стерилитет;
- 2.2. гинекологична ендокринология;
- 2.3. детска гинекология;
- 2.4. гинекологична лапароскопия;
- 2.5. колпоскопия и епизиоскопия;
- 2.6. хистероскопия;
- 2.7. контрацепция;
- 2.8. семейно планиране;
- 2.9. оперативно акушерство;
- 2.10. оперативна гинекология;
  
- 2.11. урогинекология;
- 2.12. електрофизиология на плода и кардиотокография;
- 2.13. ехография в АГ;
- 2.14. фетална медицина;
- 2.15. перинатология;
- 2.16. бременност и придружаващи заболявания;
- 2.17. други.

## ДЯЛ II

### УСТРОЙСТВЕНА РАМКА НА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ

#### Глава V

#### ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ, КЪДЕТО СЕ ОКАЗВА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА ПОМОЩ

1. За целите на този медицински стандарт лечебните заведения (ЛЗ), в които се оказва АГ помощ, са групирани в следните класове:

- 1.1. ЛЗ от клас А – ЛЗ за извънболнична помощ;
- 1.2. ЛЗ от клас Б – ЛЗ за болнична помощ.
2. ЛЗ от клас А включват:
  - 2.1. ЛЗ от клас А0 – практики за първична извънболнична помощ;
  - 2.2. ЛЗ от клас А1 – ЛЗ за специализирана извънболнична помощ без разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;
  - 2.3. ЛЗ от клас А2 – ЛЗ за специализирана извънболнична помощ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.
3. ЛЗ от клас Б включват:
  - 3.1. ЛЗ от клас Б1 – специализирани болници за активно лечение по АГ (СБАЛАГ) и многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ), където може да се оказва:
    - 3.1.1. АГ помощ, включително родилна помощ;
    - 3.1.2. АГ помощ без родилна помощ;
  
    - 3.1.3. родилна помощ без други видове АГ помощ;

3.1.4. медицинска помощ в отделни профилирани области на АГ или интердисциплинарни области на клиничната медицина с участие на специалността АГ;

3.2. ЛЗ от клас Б2 – специализирани болници за активно лечение по онкология (СБАЛО) и комплексни онкологични центрове(КОЦ), където се оказва:

3.2.1. медицинска помощ в профилираната област на АГ "Онкогинекология";

3.2.2. медицинска помощ в интердисциплинарната област с участие на специалността АГ "Тазова хирургия".

4. В лечебните заведения, където се практикуват медицински дейности от областта на АГ, се осигурява достъп на пациентките до други медицински дейности, а именно дейности от областта на:

4.1. анестезиология и интензивно лечение;

4.2. неонатология;

4.3. онкология;

4.4. клинична лаборатория;

4.5. обща и клинична патология (включително цитопатология);

4.6. микробиология, включително болнична епидемиология;

4.7. клинична имунология;

4.8. рентгенова (образна) диагностика;

4.9. физикална терапия и рехабилитация.

5. Изискването по т. 4 се изпълнява:

5.1. в лечебните заведения от клас А1 – чрез издаване на медицинско направление за съответната дейност или чрез разкриване на съответни структури;

5.2. в лечебните заведения от клас А2 – чрез издаване на медицинско направление за съответната дейност или чрез разкриване на съответни структури;

5.3. в лечебните заведения от клас Б – чрез разкриване на съответни структури или чрез сключване на договори с други лечебни заведения.

Глава VI

## УСТРОЙСТВЕНА РАМКА НА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ОТ КЛАС "А"

1. Устройствената рамка на лечебни заведения от клас А0 (практики за първична извънболнична помощ) се урежда съгласно Наредба № 41 от 2005 г. за утвърждаване на медицински стандарти по обща медицинска практика (ДВ, бр. 1 от 2006 г.).

2. За оказване на АГ помощ лечебни заведения от клас А1 и А2 разкриват АГ кабинети.

3. Изисквания за амбулатория за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (кабинет по АГ) и нейното оборудване са съгласно глава XIV.

4. В случай че в лечебни заведения от клас А1 или А2 се практикуват диагностично-лечебни дейности от интердисциплинарни области с пряко участие на друг специалист, на територията на това лечебно заведение трябва да има

структура, която отговаря на утвърдените медицински стандарти за съответната специалност.

5. В случай че в лечебни заведения от клас А2:

5.1. се практикува едnodневна АГ хирургия:

5.1.1. към изискванията за АГ кабинет се добавят изискванията, предвидени в съответния медицински стандарт;

5.1.2. се осигурява възможност за спешни консултации намясто със специалисти по:

5.1.2.1. АГ;

5.1.2.2. анестезиология и интензивно лечение;

5.1.2.3. хирургия или висцерална хирургия;

5.1.2.4. вътрешни болести и/или кардиология и/или пневмология и фтизиатрия и/или нефрология;

5.1.2.5. трансфузионна хематология;

5.2. се извършват АГ операции от група 4 (глава XIV) – на територията на това лечебно заведение трябва да има структура по обща и клинична патология, която извършва експресна хистологична диагностика.

Глава VII

## УСТРОЙСТВЕНА РАМКА НА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПОМОЩ В ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ОТ КЛАС "Б"

1. АГ помощ в лечебни заведения от клас Б се оказва на територията на акушерски и/или гинекологични отделения и/или клиники.

2. ДЛД от областта на анестезиологията и интензивното лечение в лечебни заведения от клас Б се извършват съгласно изискванията на медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

3. В случай че в лечебни заведения от клас Б се практикува АГ помощ, отговаряща на критериите за едnodневна хирургия, това става при спазване на изискванията на този медицински стандарт.

4. В лечебните заведения от клас Б се осигурява възможност за:

4.1. спешни консултации намясто със специалисти по:

4.1.1. АГ;

4.1.2. анестезиология и интензивно лечение;

4.1.3. хирургия или висцерална хирургия;

4.1.4. вътрешни болести и/или кардиология и/или пневмология и фтизиатрия и/или нефрология;

4.1.5. трансфузионна хематология;

4.1.6. неонатология (ако в лечебното заведение се осъществява родилна помощ);

4.2. планови консултации с широк кръг специалисти;

4.3. редовни консултации в рамките на мултидисциплинарен консилиум за онкологични заболявания.

5. В случай че в лечебни заведения от клас Б се извършват:

5.1. оперативни намеси от която и да е група в глава XIV, както и комплексно консервативно лечение по стационарни пакети (глава XV) – трябва да се осигури



възможност за своевременна доставка на кръв и кръвни продукти;

5.2. оперативни намеси от група 4 (глава XIV) – на територията на лечебното заведение трябва да има структура по обща и клинична патология, която извършва експресна хистологична диагностика;

5.3. ДЛД от интердисциплинарни области с пряко участие на друг специалист – на територията на същото лечебно заведение трябва да има структура, която отговаря на утвърдените медицински стандарти за съответната специалност.

6. При необходимост и възможност СБАЛАГ разкрива структура за медико-генетични изследвания и изследвания от областта на молекулярната биология.

7. Лечебните заведения от клас Б1 осигуряват:

7.1. Клинична лаборатория:

7.1.1. от първо ниво на територията на лечебното заведение за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от първо ниво;

7.1.2. от второ ниво (включително кръвно-газов анализ) на територията на лечебното заведение за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от второ ниво;

7.1.3. от второ или трето ниво (включително кръвно-газов анализ) на територията на лечебното заведение за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от трето ниво.

7.2. Рентгенов апарат:

7.2.1. на територията на лечебното заведение за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от първо, второ и трето ниво.

7.3. Микробиологична лаборатория на територията на лечебното заведение или по договор за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от второ и от трето ниво.

7.4. КАТ или МРТ на територията на населеното място за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от второ и от трето ниво, без родилна помощ.

7.5. Отделение по обща и клинична патология на територията на областта за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от първо и второ ниво. Отделение по обща и клинична патология на територията на населеното място за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от трето ниво.

7.6. Вирусологична, патоморфологична, имунологична и генетична лаборатория на територията на населеното място за обезпечаване на дейността на клиника/отделение по акушерство и гинекология от трето ниво.

8. Устройствена рамка на родилната помощ.

8.1. Структурни единици:

8.1.1. структура за прием на раждащи жени (глава XXIII);

8.1.2. акушерски стационар, който включва:

8.1.2.1. родилна зала (глава XXIV);

8.1.2.2. структура за следродови грижи, което е съобразено с изискванията на

медицински стандарт "Неонатология" и може да бъде:

8.1.2.2.1. централизирано – новороденото и майката са в отделни помещения, несвързани помежду си;

8.1.2.2.2. децентрализирано – новороденото и майката са в едно и също помещение;

8.1.2.2.3. полуцентрализирано – новороденото и майката са в отделни помещения, свързани помежду си;

8.1.2.3. при необходимост и възможност:

8.1.2.3.1. структура за новородени съгласно медицински стандарт "Неонатология";

8.1.2.3.2. структура по патологична бременност или структури по профилирани и интердисциплинарни области (глави II и III);

8.1.2.4. в лечебно заведение, в което има клиника/отделение по акушерство и гинекология от трето ниво, осъществяващо родилна помощ, се създават две родилни зали за нуждите на това отделение.

8.1.3. Операционна зала.

8.1.3.1. В лечебните заведения, в които има клиника/отделение по акушерство и гинекология от първо ниво, осъществяващо родилна помощ, се създава организация (график) за използване на операционна зала от това отделение.

8.1.3.2. В лечебните заведения, в които има клиника/отделение по акушерство и гинекология от второ или от трето ниво, осъществяващи родилна помощ, се създават операционни зали за нуждите на всяко от тези отделения. В тези операционни зали се осигурява непрекъснат 24-часов режим на работа и кърт за първична реанимация на новороденото.

8.1.3.3. В лечебните заведения, в които има клиника/отделение по акушерство и гинекология от второ или от трето ниво, осъществяващи родилна помощ, допълнително се осигурява възможност тези отделения да използват по график и други операционни зали на територията на лечебното заведение.

9. Устройствена рамка на акушеро-гинекологичната помощ, без родилна помощ.

9.1. За оказване на АГ помощ извън обхвата на родилната помощ лечебните заведения от клас Б разкриват следните структури:

9.1.1. гинекологичен стационар (глава XXV), който може да включва структури по профилни или интердисциплинарни области;

9.1.2. един или повече приемни гинекологични кабинети, които отговарят на изискванията за амбулатория за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (АГ кабинет) съгласно глава XII.

9.2. В лечебни заведения от клас Б1 с клиника/отделение по акушерство и гинекология от първо или второ ниво, без родилна помощ, се създава организация (график) за използване на операционна зала на територията на лечебното заведение от тези отделения. В лечебни заведения от клас Б1 с клиника/отделение по акушерство и гинекология от трето ниво, без родилна помощ, се създава операционна зала за нуждите само на това отделение. В тази операционна зала се осигурява непрекъснат 24-часов режим на работа.

- 9.3. При необходимост и възможност СБАЛАГ и МБАЛ могат да разкрият:
- 9.3.1. акушерски стационар със структура по патологична бременност и/или структури по профилирани или интердисциплинарни области;
  - 9.3.2. един или повече приемни акушерски кабинети, които отговарят на изискванията за амбулатория за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (АГ кабинет) съгласно глава XXII.

#### Глава VIII

### РЕГЛАМЕНТИРАНЕ УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ, КЪДЕТО СЕ

### ПРАКТИКУВА АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА ДЕЙНОСТ – ВЪТРЕШНИ СТАНДАРТИ

1. Основен вътрешен стандарт е "Правилник за устройството и дейността на лечебното заведение". Изискванията за този правилник са съгласно глава XXVI.
2. Вътрешни стандарти са и:
  - 2.1. длъжностни характеристики на персонала;
  - 2.2. медицински алгоритми за:
    - 2.2.1. диагностично-лечебни;
    - 2.2.2. долекарски грижи в стационара;
    - 2.2.3. предоперативна (предродилна) подготовка;
    - 2.2.4. следоперативни (следродилни) грижи;
    - 2.2.5. лекарствена политика;
    - 2.2.6. борба с нозокомиалните инфекции;
  - 2.3. организационни (логистични) алгоритми:
    - 2.3.1. маршрут на спешните случаи, включително на всички раждаци;
    - 2.3.2. правила при възникване на медицинска спешност;
    - 2.3.3. оперативна дейност: обхват, място на извършване, поставяне на индикации за планови операции, поставяне на индикации за спешни операции;
    - 2.3.4. действия при извънредни обстоятелства (бедствия, тероризъм и др.);
    - 2.3.5. условия и ред за:
      - 2.3.5.1. планова хоспитализация;
      - 2.3.5.2. изписване на пациентките;
    - 2.3.6. правила и процедури при настъпване на смърт:
      - 2.3.6.1. на болна, бременна, раждаща или родилка;
      - 2.3.6.2. на новородено;
    - 2.3.7. график на дейностите;
    - 2.3.8. управление на листата на чакащите;
    - 2.3.9. съхранение, ползване и поддръжка на апаратура;
    - 2.3.10. съхранение и ползване на документация;
    - 2.3.11. разпределение на средства, получени от здравноосигурителни фондове;
    - 2.3.12. боравене с човешки тъкани, секрети и екскрети;
    - 2.3.13. боравене с химически вещества (реактиви);
    - 2.3.14. боравене с източници на йонизиращи лъчи и друга физическа енергия;

- 2.3.15. събиране и изхвърляне на отпадъци;
  - 2.3.16. други;
  - 2.4. мерки за управление на риска;
  - 2.5. правила за работата на постоянни и временни консултативни органи;
  - 2.6. декларации за информирано съгласие и информиран отказ;
  - 2.7. стандартизирани формати за:
    - 2.7.1. данни при постъпване на пациентката в стационар (данни "Вход");
    - 2.7.2. данни, документирани в "История на заболяването (раждането)" преди дехоспитализация (данни "Изход");
    - 2.7.3. епикриза;
    - 2.7.4. запис в "Актова книга за ражданията";
    - 2.7.5. оперативен протокол;
    - 2.7.6. протокол за диагностична лапароскопия и хистероскопия;
    - 2.7.7. искане на и описание на резултат от:
      - 2.7.7.1. цитологично изследване;
      - 2.7.7.2. хистологично изследване;
      - 2.7.7.3. микробиологично изследване;
  - 2.8. анкетни карти за допитване до пациентките за степента на удовлетвореност от:
    - 2.8.1. медицинското обслужване;
    - 2.8.2. битовите условия и общите грижи;
  - 2.9. информация за пациентките относно:
    - 2.9.1. техните права;
    - 2.9.2. техните задължения (вътрешния ред в лечебното заведение);
    - 2.9.3. поведение в извънредни обстоятелства (бедствия, тероризъм и др.);
    - 2.9.4. предварителен режим при насрочване на някои процедури;
    - 2.9.5. следлечебен режим;
    - 2.9.6. възможности за ползване на допълнителни услуги;
    - 2.9.7. ценоразписи в лечебното заведение.
3. Органите за управление на лечебното заведение преценяват кои от структурите в лечебното заведение следва да разработят собствени правилници за устройство и дейност и други вътрешни стандарти.
4. Изискванията към по-важните документи по т. 3 са съгласно глави XXVII – XXX.

### ДЯЛ III

## ПРАВОСПОСОБНОСТ НА ЛИЦА, ОСЪЩЕСТВЯВАЩИ ДЕЙНОСТ В ОБЛАСТТА

### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

#### Глава IX

## ПРАВОСПОСОБНОСТ ЗА ПРАКТИКУВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ОТ ОБЛАСТТА

### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Определят се следните нива на отговорност за медицински дейности от

областта "Акушерство и гинекология":

1.1. долекарско ниво: някои медицински дейности при проследяване на бременност и при раждане през естествените родови пътища (описани в глава XI);

1.2. медицински грижи за бременни, родилки и гинекологично болни:

1.2.1. лекарско ниво 1: медицински дейности в компетенциите на общопрактикуващ лекар (ОПЛ);

1.2.2. лекарско ниво 2: медицински дейности в компетенциите на лекар – специалист по АГ.

2. Правоспособни да практикуват медицински дейности на долекарско ниво в областта на АГ са:

2.1. правоспособни акушерки;

2.2. само за оказване на долекарски грижи за гинекологично болни – правоспособни медицински сестри;

2.3. лекари.

3. Правоспособни да практикуват медицински дейности на лекарско ниво 1 в областта на АГ са:

3.1. общопрактикуващи лекари (ОПЛ);

3.2. лекари в процес на специализация по АГ;

3.3. лекари – специалисти по АГ (акушер-гинеколози).

4. Правоспособни да практикуват медицински дейности на лекарско ниво 2 от областта на АГ са:

4.1. лекари – специалисти по АГ (акушер-гинеколози);

4.2. лекари в процес на специализация по АГ.

5. Практикуването на медицински дейности в областта на АГ от лекари в процес на специализация по АГ става под пряк контрол от лекар – специалист по АГ, който:

5.1. възлага на неспециалиста извършване на медицински дейности, вменяващи се в неговата собствена правоспособност и компетентност;

5.2. не допуска извършването на други медицински дейности от неспециалиста;

5.3. носи отговорност за медицинската дейност на неспециалиста в областта на АГ и резултатите от нея.

ДЯЛ IV

## МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

### Глава X

## СЪЩНОСТ И ОБЕКТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Според своята същност медицинските дейности в специалността АГ се делят на:

1.1. диагностично-лечебни дейности (ДЛД);

1.2. профилактични дейности;

1.3. други медицински дейности:

- 1.3.1. методична помощ;
  - 1.3.2. медицинска експертиза;
  - 1.3.3. медико-козметични услуги.
2. Диагностично-лечебни дейности.

2.1. Обект на ДЛД в специалността са:

- 2.1.1. спешните състояния в АГ, включително всички видове раждане;
- 2.1.2. бременностите с повишен риск, освен ако този риск се дължи на екстрагенитално заболяване, което в конкретния случай и в интерес на болната се поема от друга медицинска специалност;
- 2.1.3. бременностите с реализиран риск (за майката; за плода; за майката и за плода), включително прекъсване на бременност по медицински показания;
- 2.1.4. усложненият (патологичен) следродов период на майката (пуерпериум), освен ако това се дължи на екстрагенитално заболяване, което в конкретния случай и в интерес на болната се поема от друга медицинска специалност;
- 2.1.5. заболяванията на:
  - 2.1.5.1. концептуса;
  - 2.1.5.2. новороденото до поемане на грижите за него от неонатолог;
- 2.1.6. интрапарталните и ранните усложнения на неоперативното раждане;
- 2.1.7. непосредствените и ранните усложнения на медицински намеси, дали отражение върху женската репродуктивна система;
- 2.1.8. късни усложнения, засягащи пикочо-половата система, перинеума или коремната стена, при:

- 2.1.8.1. раждане;
- 2.1.8.2. гинекологични, акушерски или други операции;
- 2.1.9. заболявания и аномалии в развитието на женските репродуктивни органи;
- 2.1.10. безплодие;
- 2.1.11. заболявания на млечната жлеза при бременни и родилки, свързани със:
  - 2.1.11.1. галактостаза;
  - 2.1.11.2. инфекции.

2.2. Според необходимите при практикуването им знания и умения ДЛД в специалността се делят на:

- 2.2.1. общи ДЛД – едни и същи за АГ и за други клинични специалности;
- 2.2.2. специализирани ДЛД;
- 2.2.3. високоспециализирани ДЛД.

2.3. Този медицински стандарт не разглежда общите ДЛД, практикувани в специалността АГ.

2.4. Специализираните ДЛД включват:

- 2.4.1. специализирани ДЛД при проследяване на бременност и при раждане през естествените родови пътища;
- 2.4.2. други специализирани ДЛД:
  - 2.4.2.1. предимно лечебни процедури;
  - 2.4.2.2. диспансерна дейност;

2.4.2.3. клинично прогнозиране и определяне на диагностично-лечебна тактика;  
2.4.2.4. консултиране на потребители на медицинска помощ.

2.5. Основните специализирани дейности в областта на АГ са посочени в глави XI и XII.

2.6. Високоспециализираните ДЛД:

2.6.1. се извършват в интерес на пациентката, когато за нейното качествено медицинско обслужване не е достатъчно извършването на специализирани ДЛД;

2.6.2. изискват допълнителна медицинска квалификация, придобита от акушер-гинеколози.

2.7. Основните високоспециализирани ДЛД в областта на АГ и необходимата за практикуването им допълнителна медицинска квалификация са посочени в глава XIII.

3. Профилактични и други дейности по опазване на репродуктивното здраве и здравето на потомството.

3.1. Профилактичните дейности, осъществявани в специалността АГ, се делят на:

3.1.1. основни – извършват се от акушер-гинеколог или общопрактикуващ лекар (ОПЛ);

3.1.2. специализирани – извършват се от акушер-гинеколог.

3.2. Основни профилактични дейности са:

3.2.1. проследяване на нормална бременност и нормален следродов период;

3.2.2. профилактичен гинекологичен преглед (ПГП), включващ скрининг за рак на маточната шийка и за рак на гърдата;

3.2.3. семейно планиране и репродуктивно здраве;

3.2.4. имунизации и ваксинации на популационен принцип.

3.3. Специализирани профилактични дейности са:

3.3.1. профилактика на нежелателните прояви на менопаузата;

3.3.2. имунизации и ваксинации на селективен принцип;

3.3.3. прекъсване на бременност по желание;

3.3.4. профилактика на вертикалното предаване на вродени инфекции;

3.3.5. профилактика на автохтонното (ендогенно) и хоризонталното предаване на нозокомиални (вътреболнични) инфекции;

3.3.6. профилактика на тромбоемболичните усложнения на бременността, раждането и оперативните намеси;

3.3.7. скрининг за вродени и наследствени заболявания на потомството;

3.3.8. скрининг за остеопороза;

3.3.9. други дейности.

3.4. Специалността АГ поема и ДЛД, необходими при сигнализираните от скрининга случаи, с изключение на:

3.4.1. всички видове лъчево лечение;

3.4.2. лечение на рак на млечната жлеза.

3.5. В областта на профилактиката се обособява профилираната област "Семейно планиране и репродуктивно здраве". Нейният обхват и необходимата за

практикуването ѝ допълнителна медицинска квалификация са описани в глава II.

3.6. Опазване на репродуктивното здраве и здравето на потомството освен чрез профилактика се осъществява чрез:

3.6.1. разпространение на здравни знания;

3.6.2. промоция на здравето.

3.7. Разпространението на здравни знания и промоцията на здравето са задължение на всички изпълнители на медицинска помощ в областта на АГ. Те засягат всички области на здравеопазването с основен акцент върху репродуктивното и сексуалното здраве. Освен това тези дейности са в основата на профилираната област "Семейно планиране и репродуктивно здраве" (т. 4 на глава II).

4. Други медицински дейности.

4.1. Медицинската експертиза, извършвана в АГ, включва:

4.1.1. експертиза на майчина и перинатална заболеваемост и смъртност;

4.1.2. експертиза на друга заболеваемост и смъртност, причинно свързани със специалността АГ;

4.1.3. експертиза на временна нетрудоспособност, причинно свързана със специалността АГ;

4.1.4. експертиза при случаи на сексуално посегателство;

4.1.5. експертиза, поискана от здравната администрация или от правоприлагащите органи.

4.2. Методична помощ може се оказва във всички области, спадащи към специалността АГ. Тя включва:

4.2.1. консултиране на изпълнители на медицинска помощ;

4.2.2. организация на спешни и планови ДЛД при бременни и гинекологично болни жени;

4.2.3. участие в изготвяне, провеждане и контрол на програми от областта на общественото здравеопазване;

4.2.4. участие в планиране защитата на населението при природни бедствия, производствени аварии, военни действия, тероризъм и др.

4.3. Медико-козметични услуги в областта на АГ са високоспециализирани дейности или гинекологични операции, водещи до промяна във външния вид на вторичните полови белези и/или подобряване на сексуалната функция на жената.

Глава XI

## МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ ПРИ ПЛАНИРАНЕ НА БРЕМЕННОСТ, ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТ, РАЖДАНЕ ПРЕЗ ЕСТЕСТВЕНИТЕ РОДОВИ ПЪТИЩА И ПО ВРЕМЕ НА ПУЕРПЕРИУМА

1. Ниво: долекарско:

1.1. предоставяне на подходяща информация и съвети (консултиране) по въпросите на семейното планиране;

1.2. установяване на бременност и проследяване на нормалната бременност; извършване на необходимите прегледи за проследяване протичането на нормалната бременност; това включва:



- 1.2.1. антропометрия;
- 1.2.2. аускултация на детски сърдечни тонове с акушерска слушалка или ултразвуков апарат;
- 1.2.3. акушерска мензурация, включително външна пелвиметрия;
- 1.2.4. външно акушерско изследване;
- 1.2.5. кардиотокографски запис: извършване;
- 1.2.6. вземане на кръв за изследване;
- 1.2.7. вземане на натривка или материал за микробиологично изследване от влагалище или ранев секрет;
- 1.2.8. осигуряване на венозен път;
  
- 1.2.9. поставяне на интравагинални лекарствени форми;
- 1.2.10. парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори;
- 1.3. назначаване или препоръчване на необходимите прегледи за възможно най-ранна диагноза на рисковата бременност;
- 1.4. подпомагане на раждащата и наблюдение на плода in utero чрез съответните клинични и технически средства; това включва:
  - 1.4.1. дейностите, изброени в т. 1.2;
  - 1.4.2. влагалищна промивка;
  - 1.4.3. тоалет на външни полови органи;
  - 1.4.4. катетеризация на пикочния мехур или поставяне на постоянен уретрален катетър и отчитане на диуреза;
  - 1.4.5. проследяване на общото състояние на раждащата, включително регистриране на пулс, дишане и артериално кръвно налягане;
- 1.5. акуширане при нормално раждане в главично предлежание, включително:
  - 1.5.1. извършване на епизиотомия при необходимост;
  
  - 1.5.2. акуширане на нормално отлепена плацента;
  - 1.5.3. клампиране и прерязване на пъпната връв;
  - 1.5.4. обозначаване на майка и новородено с еднакъв идентификационен знак;
  - 1.5.5. при спешни случаи – акуширане в седалищно предлежание;
  - 1.5.6. предприемане на наложителни спешни мерки в отсъствие на специалист, по-специално мануална екстракция на плацента и мануална ревизия на маточната кухина;
- 1.6. откриване при майката и/или детето на признаци за аномалии, които изискват специализирана намеса, и оказване помощ на специалиста в случай на интервенция;
- 1.7. преглед на новороденото и полагане на грижи за него; това включва:
  - 1.7.1. първична реанимация на новороденото;
  - 1.7.2. тоалет на новороденото;
  - 1.7.3. антропометрия на новороденото;
  - 1.7.4. профилактика на новороденото по Crede;
  
  - 1.7.5. вземане на кръв от пъпна връв;
  - 1.7.6. впръскване на медикаменти, назначени от лекар, в пъпна вена;

- 1.7.7. обработка на пъпния чуқан;
- 1.7.8. предприемане на всякакви инициативи, които се налагат в случай на необходимост, и извършване при нужда на незабавна реанимация;
- 1.8. полагане на грижи за родилката, наблюдение на майката по време на пуерпериума и даване на всякакви полезни съвети за отглеждане на новороденото при най-добри условия;
- 1.9. провеждане на назначено от лекар лечение;
- 1.10. поддържане на медицинска документация.
2. Ниво: лекарско 1 (ОПЛ):
  - 2.1. всички дейности от ниво долекарско;
  - 2.2. водене на нормално раждане (и трите периода), включително акуширане;
  - 2.3. локално инфилтративно обезболяване;
  
  - 2.4. вливане на кръв и биопродукти;
  - 2.5. назначаване на:
    - 2.5.1. катетеризация на пикочния мехур или поставяне на постоянен уретрален катетър;
    - 2.5.2. вземане на кръв от раждащата за изследване;
    - 2.5.3. осигуряване на венозен път;
  - 2.6. извършване на акушерски операции (група 1 от глава XIV).
3. Ниво: лекарско 2 (специалист по АГ):
  - 3.1. всички дейности от нива долекарско и лекарско 1;
  - 3.2. интрапартална оценка на рисковете за майката и плода, включително назначаване и разчитане на кардиотокографски запис;
  - 3.3. индукция на раждането;
  - 3.4. водене на патологично раждане;
  
  - 3.5. водене на раждане при многоплодна бременност;
  - 3.6. амниоскопия;
  - 3.7. вземане на кръв за кръвно-газов анализ от предлежача част на плода;
  - 3.8. проводна анестезия чрез пудендален или парацервикален блок;
  - 3.9. назначаване на:
    - 3.9.1. снемане на уретрален катетър;
    - 3.9.2. рентгенова пелвиметрия;
    - 3.9.3. вземане на кръв от пъпна връв (в повечето случаи се назначава от неонатолог);
  - 3.10. извършване на акушерски операции (група 1 от глава XIV).
4. Обезболяване на раждането с проводна (епидурална, спинална) или обща инхалационна анестезия се извършва от анестезиолог.

## Глава XII

### СПЕЦИАЛИЗИРАНИ МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ В ОБЛАСТТА НА АКУШЕРСТВОТО И ГИНЕКОЛОГИЯТА

#### ИЗВЪН ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧНИ ДЕЙНОСТИ ПО ВРЕМЕ НА РАЖДАНЕ

1. Дейностите, обект на тази глава, се делят на:

- 1.1. дейности в областта на АГ, извършвани на ниво лекарско 1 (ОПЛ) или лекарско 2 (специалист акушер-гинеколог);
- 1.2. дейности, извършвани на ниво лекарско 2 (специалист акушер-гинеколог).
2. Специализирани медицински дейности, извършвани от общопрактикуващ лекар или специалист акушер-гинеколог:
  - 2.1. На ниво лекарско 1 или лекарско 2 се извършват следните профилактични дейности в областта на АГ:
    - 2.1.1. профилактичен гинекологичен преглед (ПГП);
    - 2.1.2. проследяване на нормална бременност, включително антенатална прогноза на раждането;
    - 2.1.3. проследяване на нормален следродов период;
    - 2.1.4. семейно планиране чрез предписване на следните противозачатъчни методи и средства:
      - 2.1.4.1. "календарен" метод;
      - 2.1.4.2. бариерни методи;
      - 2.1.4.3. спермицидни средства;
      - 2.1.4.4. перорални и трансдермални хормонални контрацептиви;
      - 2.1.5. други дейности по опазване репродуктивното здраве и здравето на потомството – здравна промоция и разпространение на здравни знания.
  - 2.2. На ниво лекарско 1 или лекарско 2 се извършват следните ДЛД в областта на АГ:
    - 2.2.1. разпознаване на спешните случаи в АГ (включително раждане) и слагане началото на медицински мерки при тях;
    - 2.2.2. клиничен гинекологичен преглед;
    - 2.2.3. диагноза на бременността;
    - 2.2.4. извършване и интерпретация на следните допълнителни изследвания в АГ:
      - 2.2.4.1. микроскопия на нативен препарат от влагалищно съдържимо;
      - 2.2.4.2. тест с калиева основа (аминотест);
      - 2.2.4.3. тъканни тестове (тест с оцетна киселина; тест с Луголов разтвор);
      - 2.2.4.4. бром-тимолова проба;
    - 2.2.5. назначаване на:
      - 2.2.5.1. консултации;
      - 2.2.5.2. лабораторни изследвания – хематологични, имунохематологични, биохимични, урина, микробиологични, серологични;
      - 2.2.5.3. рентгеноскопия и графия;
      - 2.2.5.4. измерване на базална температура за диагноза на овулацията;
      - 2.2.5.5. остеодензитометрия;
      - 2.2.5.6. влагалищни промивки, тоалет на външни полови органи;
      - 2.2.5.7. перорални, инжекционни и интравагинални лекарствени форми с изключение на:
        - 2.2.5.7.1. хормони, техни аналози, агонисти и антагонисти, освен перорални и трансдермални контрацептиви;
        - 2.2.5.7.2. "стратегически" антибиотици – цефалоспорини от IV генерация, карбопенеми;

- 2.2.5.7.3. цитостатици;
- 2.2.5.8. разпознаване или съмнение за наличието на следните АГ заболявания, състояния или синдроми, като степента на участие на ОПЛ в лечението и проследяването на пациентката е в зависимост с възможностите на индивидуалния ОПЛ за овладяване на състоянието и своевременното насочване към специалист по АГ:
  - 2.2.5.8.1. повръщане при бременните;
  - 2.2.5.8.2. хипертензивни състояния на бременността;
  - 2.2.5.8.3. анемии на бременността;
  - 2.2.5.8.4. остри и хронични екстрагенитални заболявания, съчетани с бременност;
  - 2.2.5.8.5. седалищно предлежание на плода след m. I. VII;
  - 2.2.5.8.6. напречно и косо положение на плода след m. I. VII;
  - 2.2.5.8.7. матка, неотговаряща на срока на аменореята;
  - 2.2.5.8.8. тесен таз и съмнение за пелви-фетална диспропорция;
  - 2.2.5.8.9. хронологична преносеност;
  
  - 2.2.5.8.10. мъртъв плод (антенатална загуба на плода);
  - 2.2.5.8.11. генитални кръвотечения по време на бременността;
  - 2.2.5.8.12. обременена репродуктивна анамнеза;
  - 2.2.5.8.13. застрашаващо недоизносване на бременността;
  - 2.2.5.8.14. пукнат околоплоден мехур;
  - 2.2.5.8.15. страдание на плода ante partum;
  - 2.2.5.8.16. патология на пуерпериума;
  - 2.2.5.8.17. нарушения в растежа и развитието на момичето (жената), както и заболявания, които водят до изменения във фенотипа;
  - 2.2.5.8.18. възпалителни заболявания на външните полови органи и влагалището, включително полово предавани инфекции;
  - 2.2.5.8.19. левкоплакия, крауроза и язви на вулвата;
  - 2.2.5.8.20. абсцеси и кисти на външните полови органи и влагалището;
  
  - 2.2.5.8.21. "раничка" на маточната шийка;
  - 2.2.5.8.22. тазова възпалителна болест;
  - 2.2.5.8.23. ектопична бременност;
  - 2.2.5.8.24. менструални аномалии, ациклично генитално кървене и генитално кървене в менопауза;
  - 2.2.5.8.25. статични заболявания на женските гениталии и инконтиненция на урината;
  - 2.2.5.8.26. безплодие;
  - 2.2.5.8.27. нежелателни прояви на менопаузата;
  - 2.2.5.8.28. състояние и рискове при дълготрайно приемане на хормонални препарати (антиконцепция, хормонозаместваща терапия);
  - 2.2.5.8.29. състояние и рискове при носителки на вътрематочно противозачатъчно средство;

2.2.5.8.30. тумори на гърдата – с диаметър над 1 см или причиняващи видими фенотипни изменения;

2.2.5.8.31. тумори на вулвата – доброкачествени, с диаметър 1 и повече см, и злокачествени в клиничен стадий I и по-висок;

2.2.5.8.32. тумори на влагалището – доброкачествени с диаметър 1 и повече см, и злокачествени в клиничен стадий Ib и по-висок;

2.2.5.8.33. злокачествени тумори на маточната шийка – клиничен стадий Ib и по-висок;

2.2.5.8.34. тумори на маточното тяло, които предизвикват уголемяване на матката колкото бременност в т. I, II и повече;

2.2.5.8.35. тумори в малкия таз – с диаметър 5 и повече см;

2.2.5.8.36. асцит;

2.2.5.9. извършване на някои инвазивни лечебни процедури:

2.2.5.9.1. екстирпация на чужди тела от влагалището;

2.2.5.9.2. тампонада (цервико-влагалищна, влагалищна);

2.2.5.10. провеждане на лечение, назначено от специалист – по преценка на съответния специалист;

2.2.5.11. медицинска помощ и събиране на биологични и други материали, годни да послужат за веществени доказателства при случаи на сексуално насилие.

2.3. На ниво лекарско 1 или лекарско 2 се извършват следните видове медицинска експертиза:

2.3.1. експертиза на временна неработоспособност, причинно свързана със специалността АГ;

2.3.2. експертиза, поискана от здравната администрация или от правоприлагащите органи.

3. Специализирани медицински дейности, извършвани от специалист акушер-гинеколог.

3.1. Специализирани медицински дейности, извършвани на ниво лекарско 2 (специалист по АГ), са:

3.1.1. цялостно поемане на АГ частта в овладяването на спешни състояния в АГ;

3.1.2. специализирани профилактични дейности;

3.1.3. специализирани ДЛД.

3.2. Специализирани профилактични дейности, извършвани на ниво лекарско 2 (специалист по АГ), са:

3.2.1. профилактика на тромбоемболичните усложнения на бременността;

3.2.2. профилактика и скрининг на нежелателните прояви на менопаузата;

3.2.3. назначаване и интерпретация на серумен скрининг за вродени аномалии на потомството;

3.2.4. имунизации и ваксинации на целеви групи: анти-D профилактика, противохепатитна ваксина, профилактични ваксини срещу вирусни заболявания на гениталиите и други.

3.3. Специализирани ДЛД, извършвани на ниво лекарско 2 (специалист по АГ),

са:

- 3.3.1. проследяване (диспансерно наблюдение) на:
  - 3.3.1.1. бременност с повишен и с реализиран риск: антепартална оценка на рисковете за майката и плода, вкл. назначаване и разчитане на кардиотокографски запис, функционален окситоцинов тест и нон-стрес тест;
  - 3.3.1.2. гинекологични заболявания;
- 3.3.2. диагноза, прогноза и консервативно лечение на усложнения на бременността и пуерпериума;
- 3.3.3. участие във вземане на решение за прекъсване на бременност по медицински показания;
- 3.3.4. комплексно лечение на гинекологични заболявания (без злокачествени тумори), включително с препарати, съдържащи:
  - 3.3.4.1. всички полови хормони или техни аналози;
  - 3.3.4.2. всички противоифекциозни средства;
  - 3.3.4.3. цитостатици за локално приложение;
  - 3.3.4.4. ваксини срещу вирусни заболявания на гениталиите;
- 3.3.5. рутинна АГ ехография;
- 3.3.6. диагностика на овулацията: цервикален скор;
- 3.3.7. посткоитален тест;
- 3.3.8. хистеросалпингография – извършва се в лечебно заведение с предмет на дейност образна диагностика, с участие на лекар – специалист по образна диагностика;
- 3.3.9. диагностика на пикочната инконтиненция чрез анкетен метод;
- 3.3.10. колпоскопия и епизиоскопия;
- 3.3.11. щипкова биопсия от външни полови органи, влагалище или маточна шийка;
- 3.3.12. медикаментозна инфилтрация на външни полови органи, влагалище или маточна шийка;
- 3.3.13. интравагинална или интраутеринна синехиолиза;
- 3.3.14. поставяне и премахване на влагалищен песар;
- 3.3.15. поставяне на вътрематочно противозачатъчно средство (ВПС);
- 3.3.16. екстирпация на ВПС в неусложнени условия;
- 3.3.17. поставяне и премахване на противозачатъчни подкожни импланти;
- 3.3.18. хименотомия и хименорафия;
- 3.3.19. други намеси за възстановяване проходимостта на влагалището (инцизия на влагалищен септум, на перинеум);
- 3.3.20. вторичен шев на кожа и подкожие.

#### Глава XIII

### ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА

#### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" И НЕОБХОДИМА ЗА ПРАКТИКУВАНЕТО ИМ ДОПЪЛНИТЕЛНА МЕДИЦИНСКА КВАЛИФИКАЦИЯ

1. Обект на тази глава са високоспециализирани ДЛД в областта на АГ с изключение на акушеро-гинекологичните операции, описани в глава XIV.

2. Високоспециализираните ДЛД, обект на тази глава, се извършват:

2.1. от специалисти акушер-гинеколози;

2.2. в лечебни заведения от клас А – високоспециализирани ДЛД от група А;

2.3. в лечебни заведения от клас А2 или Б – високоспециализирани ДЛД от група Б.

3. Високоспециализирани ДЛД от група А са:

3.1. специална АГ ехография – доплерова; триизмерна; с прилагане на контрастни материи; интраутеринни и други инвазивни процедури; изисква се задължителна допълнителна квалификация: съответна на ехографските методи;

3.2. тъканно-деструктивно лечение на външни репродуктивни органи, маточна шийка, влагалище:

3.2.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация: колпоскопия;

3.2.2. препоръчителна допълнителна медицинска квалификация: масов скрининг;

3.3. неинвазивна диагностика на стерилитета:

3.3.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация:

3.3.1.1. гинекологична ендокринология или стерилитет;

3.3.1.2. ехография;

3.3.2. желателна допълнителна медицинска квалификация;

3.3.2.1. консултиране;

3.3.2.2. права на пациента;

3.4. хидротубация; задължителна допълнителна медицинска квалификация: стерилитет;

3.5. изкуствена инсеминация; задължителна допълнителна медицинска квалификация: стерилитет;

3.6. електроексцизия на маточната шийка:

3.6.1. задължителна допълнителна медицинска квалификация: колпоскопия;

3.6.2. желателна допълнителна медицинска квалификация: онкогинекология;

3.7. уродинамометрия; задължителна допълнителна медицинска квалификация: урогинекология;

3.8. укрепване на уретралния сфинктер чрез парауретрална инстилация; задължителна допълнителна медицинска квалификация: урогинекология;

3.9. комплексна преценка по документи на случаи, попадащи в профилирани области на АГ или в интердисциплинарни области; задължителна допълнителна медицинска квалификация: съответна на спецификата на случаите.

4. Високоспециализирани ДЛД от група Б са:

4.1. амниоцентеза (като самостоятелна процедура); задължителна допълнителна медицинска квалификация:

4.1.1. фетална медицина;

4.1.2. оперативно акушерство;

4.2. диагностична хистероскопия; задължителна допълнителна медицинска квалификация:

4.2.1. хистероскопия;

- 4.2.2. оперативна гинекология;
- 4.3. хориална биопсия; задължителна допълнителна медицинска квалификация:
- 4.3.1. фетална медицина;
- 4.3.2. оперативно акушерство;
- 4.4. кордоцентеза; задължителна допълнителна медицинска квалификация:

- 4.4.1. фетална медицина;
- 4.4.2. ехография;
- 4.4.3. оперативно акушерство;
- 4.5. асистираны репродуктивны технологии; задължителна допълнителна медицинска квалификация съгласно глава III;
- 4.6. участие в интердисциплинарна онкологична комисия (онкокомитет); задължителна допълнителна медицинска квалификация: онкогинекология или медицинска онкология (онкология);
- 4.7. участие като председател в комисия за прекъсване на бременност по медицински показания; задължителна допълнителна медицинска квалификация: фетална медицина.

#### Глава XIV

### ОПЕРАТИВНИ НАМЕСИ В СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

#### 1. Този медицински стандарт:

- 1.1. разглежда раждането независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение като единна оперативна намеса;
- 1.2. групира оперативните намеси в АГ, включително раждането, в 12 групи;

#### 1.3. определя:

- 1.3.1. клас на лечебното заведение, където съответната оперативна намеса се извършва в планов порядък;
- 1.3.2. препоръчителен стационарен престой за отделните оперативны намеси;
- 1.3.3. други изисквания.

#### 2. Група 1: РАЖДАНЕ

- 2.1. Клас на лечебното заведение за спонтанно раждане в ход, което предстои да завърши в кратък срок, не се дефинира.
- 2.2. Изискванията за поведение при раждане, усложнено с животозастрашаващо състояние, са посочени в глава XIX.
- 2.3. Водене на раждане през естествените родови пътища и планово родоразрешение се предприемат в лечебно заведение от клас Б1, оказващо родилна помощ. По изключение и при императивны индикации от страна на майката планово родоразрешение може да се предприеме в друго лечебно заведение от клас Б.
- 2.4. Следните оперативны намеси по време на раждане изискват поемане на отговорност поне на ниво лекарско 1:
  - 2.4.1. trachelorrhaphia;
  - 2.4.2. мануална помощ при седалищно раждане (по изключение отговорността може да се поеме на долекарско ниво – вж. т. 1.5.5 на глава XI);



- 2.4.3. налагане на изходящи щипци;
- 2.4.4. мануална екстракция на плацентата и мануална ревизия на маточната кухина, включително на цикатрикс от прекарано ЦС (по изключение отговорността може да се поеме на долекарско ниво – вж. т. 1.5.5 на глава XI);
- 2.4.5. маточно-влагалищна тампонада.
- 2.5. Следните оперативни намеси по време на раждане изискват поемане на отговорност на ниво лекарско 2:
  - 2.5.1. амниотомия;
  - 2.5.2. неспоменатите в т. 2.4 акушерски операции за:
    - 2.5.2.1. промяна в положението на плода;
    - 2.5.2.2. тракция и екстракция на плода през естествените родови пътища;
    - 2.5.2.3. разширяване на естествените родови пътища;
    - 2.5.2.4. редукция на обема на плода;
  - 2.5.3. инструментална ревизия на маточната кухина;

- 2.5.4. репозиция на наскоро инвертирана матка;
- 2.5.5. инцизия на абсцеси на млечната жлеза;
- 2.5.6. вторичен шев на рани;
- 2.5.7. цезарово сечение (ЦС).
- 2.6. Епикризата, издавана при/след изписване на родилката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване:
  - 2.6.1. на плод и плодни придатъци – при раждане на мъртъв плод;
  - 2.6.2. на плодни придатъци – при раждане на плод:
    - 2.6.2.1. с видими малформации;
    - 2.6.2.2. с недоносеност III и IV степен;
    - 2.6.2.3. при необходимост и възможност – с други заболявания.
- 2.7. Препоръчителният болничен престой на неусложнени случаи от тази група е:

- 2.7.1. при раждане през естествените родови пътища – 2 дни;
- 2.7.2. при раждане чрез ЦС – 5 дни.

### 3. Група 2: НЕРАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА МАТКА, БЕЗ ИЛИ СЪС АДНЕКСИТЕ

- 3.1. Тази група включва следните основни операции:
  - 3.1.1. тотална хистеректомия;
  - 3.1.2. суправагинална хистеректомия;
  - 3.1.3. екстирпация на маточната шийка (трахелектомия) след суправагинална хистеректомия.
- 3.2. Основни изисквания за тази група са:
  - 3.2.1. непосредствено участие на специалист по АГ;
  - 3.2.2. лечебно заведение от клас Б.
- 3.3. В тази група:

- 3.3.1. едновременно извършване на оперативна намеса:
  - 3.3.1.1. от група 6 – изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област

урогинекология;

3.3.1.2. от група 9 – изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област онкогинекология;

3.3.2. ползване на лапароскопски достъп изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

3.4. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпирани органи.

3.5. На територията на лечебното заведение трябва да има структура по клинична патология, която да извършва експресна хистологична диагностика.

3.6. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:

3.6.1. при класически горен достъп – 6 дни;

3.6.2. при долен достъп – 4 дни;

3.6.3. при лапароскопски или лапароскопски асистиран достъп – 3 дни.

4. Група 3: РАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА ЖЕНСКИ ПОЛОВИ ОРГАНИ

4.1. Тази група включва следните основни операции:

4.1.1. радикална хистеректомия;

4.1.2. радикална екстирпация на маточната шийка (радикална трахелектомия);

4.1.2.1. след суправагинална хистеректомия;

4.1.2.2. като самостоятелна интервенция;

4.1.3. радикална параметректомия след тотална хистеректомия;

4.1.4. тотална екстрафасциална хистеректомия, двустранна аднексектомия, оментектомия със или без апендектомия;

4.1.5. същото и резекция на тазов париаetalен перитонеум със или без резекция на черво;

4.1.6. радикална вулвектомия;

4.1.7. радикална колпектомия (с хистеректомия със или без вулвектомия със или без аднексектомия).

4.2. Операциите от тази група се планират и извършват:

4.2.1. с непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област онкогинекология, който поема отговорност за цялостния ход на диагностично-лечебния процес;

4.2.2. в лечебно заведение от клас Б.

4.3. В тази група:

4.3.1. е обичайно едновременно извършване на оперативна намеса от група 9;

4.3.2. може да се ползва лапароскопски достъп, което изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

4.4. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпирани органи и тъкани.

4.5. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:

4.5.1. за операции 4.1.1 – 4.1.5:

4.5.1.1. при класически горен достъп – 8 дни;

4.5.1.2. при ендоскопски или ендоскопски асистиран достъп – 6 дни;

4.5.2. за операции 4.1.6 и 4.1.7 – 10 дни.

## 5. Група 4: ОТСТРАНЯВАНЕ (ЕВАКУАЦИЯ) НА ФИЗИОЛОГИЧНИ ИЛИ ПАТОЛОГИЧНИ МАТЕРИИ ИЛИ ИЗСЛЕДВАНЕ НА ТАЗОВИТЕ ОРГАНИ ЧРЕЗ ГОРЕН ДОСТЪП

5.1. Тази група включва следните основни операции:

5.1.1. експлорация на таза със или без освобождаване на сраствания със или без възстановяване на проходимост във фимбриалната част на маточните тръби със или без тъканна деструкция на патологични огнища със или без фенестрация на яйчниците със или без прекъсване на тазови нерви със или без аспирация на фоликуларно съдържимо;

5.1.2. миомектомия;

5.1.3. кистектомия;

5.1.4. резекция на тумор;

5.1.5. салпингектомия и/или овариектомия;

5.1.6. салпинготомия с евакуация на тубарно съдържимо;

5.1.7. клиновидна резекция/фенестрация на яйчник (яйчници);

5.1.8. едностранна аднексектомия с клиновидна резекция на другия яйчник със или без оментектомия със или без апендектомия при едностранни тумори на яйчника с гранична злокачественост или със специфично биологично поведение;

5.1.9. стадиране на генитални тумори, включително операции за "втори поглед" и "трети поглед".

5.2. Операциите от тази група се планират и извършват с непосредствено участие на специалист по АГ.

5.3. За планиране и извършване на операции 5.1.8 и 5.1.9 се изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област онкогинекология.

5.4. Използването на лапароскопски достъп изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

5.5. Операциите от тази група се извършват във:

5.5.1. лечебни заведения от клас Б – за всички операции в групата, независимо от достъпа;

5.5.2. лечебни заведения от клас А2 или Б – за операции 5.1.1 – 5.1.7 и 5.1.9, ако се извършват с лапароскопски достъп.

5.6. При операции по т. 5.1.8 е възможно едновременно извършване на оперативна намеса от група 9.

5.7. На територията на лечебното заведение трябва да има структура по клинична патология, която да извършва експресна хистологична диагностика.

5.8. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпираните тъкани. Липса на такъв резултат се допуска за оперативни намеси по т. 5.1.1.

5.9. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:

5.9.1. при класически горен достъп – 6 дни;

5.9.2. при лапароскопски достъп:

5.9.2.1. за операции по т. 5.1.1 и 5.1.9 – 2 дни;

5.9.2.2. за останалите операции в групата – 3 дни.

## 6. Група 5: ОТСТРАНЯВАНЕ (ЕВАКУАЦИЯ) НА ФИЗИОЛОГИЧНИ ИЛИ ПАТОЛОГИЧНИ МАТЕРИИ ЧРЕЗ ДОЛЕН ДОСТЪП

6.1. Тази група включва следните основни операции:

6.1.1. диагностични или терапевтични (хемостатични) абразии и прицелна биопсия от ендометриума;

6.1.2. полипектомия със или без абразии на цервикалния канал и маточната кухина;

6.1.3. ексцизии на тъкан от външни репродуктивни органи, влагалище, маточна шийка;

6.1.4. конизация на маточната шийка;

6.1.5. вагинална или трансцервикална миомектомия;

6.1.6. проста вулвектомия;

6.1.7. вестибулектомия;

6.1.8. завършване на спонтанен аборт;

6.1.9. хименотомия;

6.1.10. влагалищна адхезиолиза;

6.1.11. синури на перинеум, външни полови органи, влагалище и маточна шийка;

6.1.12. инцизии на абсцеси в областта на външните репродуктивни органи, перинеума или млечната жлеза;

6.1.13. екстирпация/марсупиализация на кисти в областта на външните репродуктивни органи или влагалището;

6.1.14. пункция или инцизия на влагалищен свод, включително трансвагинална аспирация на фоликуларно съдържимо;

6.1.15. пластика на маточната шийка;

6.1.16. прекъсване на бременност до 12 г.с.;

6.1.17. екстирпация на чужди тела от маточната кухина, включително премахване на вътрематочно противозачатъчно средство в усложнени условия.

6.2. Операциите от тази група се планират и извършват:

6.2.1. с непосредствено участие на специалист по АГ;

6.2.2. в лечебни заведения от клас А2 или Б, с изключение на т. 6.1.16, която се извършва в клас Б2 по изключение по медицински показания, свързани с основното състояние.

6.3. В тази група може да се ползва ендоскопски достъп, което изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия (хистероскопист).

6.4. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпираните тъкани при оперативни намеси по т. 6.1.1 – 6.1.8.

6.5. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е 1 ден. Операциите от тази група отговарят на критериите за едnodневна хирургия.

## 7. Група 6: КОРЕКЦИИ НА ТАЗОВАТА (ПЕРИНЕАЛНАТА) СТАТИКА И/ИЛИ НА НЕЗАДЪРЖАНЕ НА УРИНАТА

7.1. Тази група включва следните основни операции, самостоятелно или в комбинация:

7.1.1. пластика на влагалището и/или перинеума;

7.1.2. колпоклеизис;

7.1.3. цервикопексии;

7.1.4. ампутация на маточната шийка;

7.1.5. колпо-уретро-везикопексии;

7.1.6. слинг-операции;

7.1.7. пластика на уретралния сфинктер;

7.1.8. колпосуспенсия;

7.1.9. абрeвиация на маточни връзки;

7.1.10. трансабдоминална корекция на тазовото дъно;

7.1.11. тазови херниотомии/рафии, вкл. чрез техника "free tension".

7.2. Операциите от тази група се планират и извършват:

7.2.1. за операции 7.1.1 – 7.1.4:

7.2.1.1. с непосредствено участие на специалист по АГ;

7.2.1.2. в лечебни заведения от клас А2 или Б;

7.2.2. за операции 7.1.5 – 7.1.8:

7.2.2.1. с непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област урогинекология;

7.2.2.2. в лечебни заведения от клас А2 или Б;

7.2.3. за останалите операции в групата:

7.2.3.1. с непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област урогинекология;

7.2.3.2. в лечебни заведения от клас Б.

7.3. В тази група може да се ползва лапароскопски достъп, което изисква непосредствено участие на лекар с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

7.4. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е до възстановяване на чревния пасаж. При невъзстановена микция се осигурява

дренаж на урината.

## 8. Група 7: КОРЕКЦИИ НА ПРОХОДИМОСТ И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА АНАТОМИЯ

8.1. Пластика на маточните тръби във фимбриалната им част не попада в тази група.

8.2. Тази група включва следните основни операции:

8.2.1. пластика на маточните тръби извън фимбриалната им част;

8.2.2. неовагина;

8.2.3. фистулорафии;

8.2.4. възстановяване анатомията на матката – метропластика, трансабдоминални серклажи на небременна матка;

8.2.5. трайна женска стерилизация (при наличие на съотв. нормативна уредба).

8.3. Операциите от тази група се планират и извършват:

8.3.1. с непосредствено участие на специалист по АГ;

8.3.2. по т. 8.2.1 – 8.2.4 – в лечебни заведения от клас Б;

8.3.3. по т. 8.2.5 – в лечебни заведения от клас А2 или Б.

8.4. В тази група може да се ползва ендоскопски достъп, което изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

8.5. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:

8.5.1. при класически горен или смесен (горен и долен) достъп – 8 дни;

8.5.2. при долен достъп – 4 дни;

8.5.3. при ендоскопски или ендоскопски асистиран достъп – 3 дни;

8.5.4. при трайна женска стерилизация през ендоскопски или долен достъп – 1 ден (отговаря на критериите за еднодневна хирургия);

8.5.5. при невъзстановена микция се осигурява дренаж на урината.

## 9. Група 8: ОПЕРАЦИИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА БРЕМЕННОСТ

9.1. Тази група включва трансвагиналните серклажи на бременна матка.

9.2. Операциите от тази група се планират и извършват:

9.2.1. с непосредствено участие на специалист по АГ;

9.2.2. в лечебни заведения от клас А2 или Б1.

9.3. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е 1 ден. Операциите от тази група отговарят на критериите за еднодневна хирургия.

## 10. Група 9: СИСТЕМНИ ЛИМФНИ ДИСЕКЦИИ

10.1. Тази група включва следните основни операции, самостоятелно или в комбинация:

10.1.1. системна ингвино-феморална лимфна дисекция;

10.1.2. системна тазова лимфна дисекция;

10.1.3. системна парааортална лимфна дисекция.

10.2. Селективна лимфодектомия в хода на друга операция (включително

екстирпация на сентинелни лимфни възли) се извършва по преценка на оператора или според възприетия в лечебното заведение диагностично-лечебен алгоритъм, без да представлява отделна група.

10.3. Операциите от тази група се планират и извършват:

10.3.1. с непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област онкогинекология;

10.3.2. в лечебни заведения от клас Б.

10.4. В тази група:

10.4.1. е обичайно едновременно извършване на оперативна намеса от група 3;

10.4.2. може да се ползва лапароскопски достъп, което изисква непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена както за профилираната област онкогинекология, така и за профилираната област миниинвазивна гинекологична хирургия.

10.5. На територията на лечебното заведение трябва да има структура по клинична патология, която да извършва експресна хистологична диагностика.

10.6. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпирани тъкани.

10.7. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:

10.7.1. при класически горен достъп – 8 дни;

10.7.2. при ендоскопски или ендоскопски асистиран достъп – 3 дни.

11. Група 10: ТАЗОВИ ЕКЗЕНТЕРАЦИИ

11.1. Операциите от тази група:

11.1.1. са обект на интердисциплинарната област "тазова хирургия";

11.1.2. се извършват от екип, отговарящ на условията по глава III;

11.1.3. се планират и извършват в лечебни заведения от клас Б.

11.2. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпирани органи и тъкани.

11.3. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е 10 дни.

12. Група 11: ОПЕРАЦИИ ЗА ПРЕКЪСВАНЕ ПО МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ НА БРЕМЕННОСТ

СЛЕД 12-ТА ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА

12.1. Тази група включва следните основни операции:

12.1.1. разширение на цервикалния канал, със или без приложение на простагландини и други медикаменти с подобен ефект, чрез:

12.1.1.1. дилататори;

12.1.1.2. цервикални ламинарии;

12.1.1.3. интраутеринен балон-катетър;

12.1.2. интра- или екстраамниална инстилация на разтвори;

12.1.3. трансцервикална евакуация на маточно съдържимо;

- 12.1.4. sectio parva;
- 12.1.5. тотална или суправагинална хистеректомия;
- 12.1.6. влагалищно цезарово сечение.
- 12.2. Операциите от тази група се планират и извършват:
  - 12.2.1. с непосредствено участие на специалист по АГ;
  - 12.2.2. в лечебно заведение от клас Б1.
- 12.3. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на плод и плодни придатъци.
- 12.4. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е:
  - 12.4.1. по т. 12.1.1 – 12.1.3 – 2 дни;
  - 12.4.2. по т. 12.1.4 – 12.1.6 – 5 дни.

### 13. Група 12: ОПЕРАЦИИ ЗА ОВЛАДЯВАНЕ НА НЕПОСРЕДСТВЕНИ И РАННИ УСЛОЖНЕНИЯ НА РАЖДАНЕ, АБОРТИ И АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ОПЕРАЦИИ

- 13.1. Тази група включва следните основни оперативни намеси:
  - 13.1.1. тотална хистеректомия;
  - 13.1.2. суправагинална хистеректомия;
  - 13.1.3. шев на матка; предшества се от евакуация на маточното съдържимо, верифицирано при отворен корем;
  - 13.1.4. ревизия на коремната кухина или стена, с евакуация на екстравазална кръв и дефинитивна хемостаза;
  - 13.1.5. двустранна лигатура на вътрешните хълбочни артерии, при непреодолими технически затруднения – на маточните артерии;
  - 13.1.6. репозиция на отдавнашна инверзия на матката;
  - 13.1.7. ревизия и дренаж на следоперативно лимфоцеле;
  - 13.1.8. възстановяване или деривация на пасажа през кухи тазови органи.
- 13.2. Операциите от тази група се планират и извършват:
  - 13.2.1. по т. 13.1.1 – 13.1.6 – с непосредствено участие на специалист по АГ;
  - 13.2.2. по т. 13.1.7 и 13.1.8 – с непосредствено участие на специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация, предвидена за профилираната област онкогинекология;
  - 13.2.3. в лечебни заведения от клас Б.
- 13.3. Епикризата, издавана при/след изписване на пациентката, трябва да съдържа резултат от хистологично изследване на екстирпираните органи и тъкани при оперативни намеси по т. 13.1 – 13.3.
- 13.4. Препоръчителният болничен престой при неусложнени случаи от тази група е 6 дни.

#### Глава XV

### СТАЦИОНАРНИ ПАКЕТИ ЗА КОМПЛЕКСНО КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ В СПЕЦИАЛНОСТТА

#### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. С термина "стационарни пакети за комплексно консервативно лечение" в този



стандарт се обозначават диагностично-лечебни дейности, които:

- 1.1. се провеждат в стационар;
- 1.2. се състоят в комплексно медикаментозно лечение и/или интензивни грижи;
- 1.3. не представляват подготовка за спешна (до 6 часа от хоспитализацията) операция;
- 1.4. след изминаване на 6 часа от хоспитализацията не включват АГ операции от групи 1 – 4 и 6 – 12, глава XIV;

1.5. могат да включват гинекологични операции от група 5, глава XIV, а именно:

- 1.5.1. диагностични или терапевтични абразии;
  - 1.5.2. пункция или инцизия на влагалищен свод;
  - 1.5.3. завършване на спонтанен аборт;
  - 1.5.4. екстирпация на чужди тела от маточната кухина.
2. Комплексното консервативно лечение, отговарящо на условията по т. 1, може да доведе до един от следните резултати:
- 2.1. оздравяване или подобрене на състоянието, позволяващо дехоспитализация на болната;
  - 2.2. стационариране или влошаване на състоянието, налагащо преминаване към оперативно лечение по смисъла на глава XIV.
3. С вземане на решение за преминаване към оперативно лечение комплексното консервативно лечение се счита за приключило.
4. В специалността АГ се обособяват два стационарни пакета за комплексно консервативно лечение, а именно:
- 4.1. акушерски стационарен пакет;

4.2. гинекологичен стационарен пакет.

5. Акушерски стационарен пакет:

- 5.1. Акушерският стационарен пакет представлява лечебно-диагностични дейности за комплексно консервативно лечение на пациентки, при които е налице развиваща се интраутеринна бременност с реализиран риск.
- 5.2. Рисковете за бременността, при които е възможно да се провежда комплексно консервативно лечение по акушерски стационарен пакет, спадат към следните категории:
  - 5.2.1. акушерска спешност;
  - 5.2.2. нарушена бременност;
  - 5.2.3. ембриопатична/фетопатична бременност;
  - 5.2.4. друга заплаха за здравето на бременната и/или на плода.
- 5.3. Комплексното консервативно лечение по акушерски стационарен пакет се провежда в лечебни заведения от клас Б1.
- 5.4. В случай че срокът на бременността е 20 или повече гестационни седмици, лечението се провежда в лечебни заведения от клас Б1, оказващи родилна помощ.
- 5.5. Цялостна отговорност за комплексно консервативно лечение по акушерски стационарен пакет се поема от лекар специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация по оперативно акушерство и/или бременност и

придружаващи заболявания в тясно сътрудничество със:

- 5.5.1. лекар – специалист по анестезиология и интензивно лечение;
- 5.5.2. при нужда – консултанти от други медицински специалности.
- 5.6. Препоръчителният болничен престой на пациентки, лекувани по акушерски стационарен пакет, е 7 дни.
6. Гинекологичен стационарен пакет:
  - 6.1. Гинекологичният стационарен пакет представлява лечебно-диагностични дейности за комплексно консервативно лечение на пациентки, при които не се констатира развиваща се интраутеринна бременност.
  - 6.2. Състояния, синдроми и нозологични единици, при които е възможно да се провежда комплексно консервативно лечение по гинекологичен стационарен пакет, са:
    - 6.2.1. тазова възпалителна болест;
    - 6.2.2. интра- и постпартални усложнения;
    - 6.2.3. интра- и постабортни усложнения;
    - 6.2.4. интра- и постоперативни усложнения при гинекологични операции и цезарово сечение, включително вагинално цезарово сечение и sectio parva;
    - 6.2.5. усложнени аднексиални формации, включително торзия на яйчник (аднекс) и синдром на яйчникова хиперстимулация.
7. Комплексното консервативно лечение по гинекологичен стационарен пакет се провежда в лечебни заведения от клас Б1 (за всички категории по т. 6.2) или от клас Б2 (за категории 6.2.3 – 6.2.5).
8. Цялостна отговорност за комплексно консервативно лечение по гинекологичен стационарен пакет се поема от лекар специалист по АГ с допълнителна медицинска квалификация по оперативна гинекология, в тясно сътрудничество с лекар – специалист по анестезиология и интензивно лечение.
9. Препоръчителният болничен престой на пациентки, лекувани по гинекологичен стационарен пакет, е 7 дни.

ДЯЛ V

## СПЕЦИФИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА

"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

Глава XVI

## СПЕЦИФИЧНИ КОЛИЧЕСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА

"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. За оценка на медицинските дейности, дефинирани в този медицински стандарт, се използват следните специфични количествени показатели:
  - 1.1. престой на пациентката в лечебното заведение;
  - 1.2. използваемост по предназначение на мощностите и човешките ресурси в лечебното заведение.
2. Престой на пациентката в лечебното заведение:

2.1. За медицинските дейности в АГ:

2.1.1. минималният болничен престой се определя индивидуално – по критерии, които са вътрешен стандарт на съответното лечебно заведение;

2.1.2. препоръчителният болничен престой при осъществяване на оперативна намеса или лечение по стационарен пакет е съгласно глави XIV и XV.

2.3. Средните годишни стойности за болничен престой по групи оперативни намеси и стационарни пакети в лечебното заведение не следва да надвишават съответните препоръчителни стойности с повече от 5 – 10 %.

3. Използваемост по предназначение на мощностите и човешките ресурси.

3.1. Следните изисквания са в сила за амбулаторни медицински дейности в акушерски и/или гинекологични структурни единици, които функционират 3 и повече години:

3.1.1. годишен брой амбулаторни прегледи и домашни посещения на 1 щат за лекар – специалист по АГ, на пълен работен ден – 500 или повече;

3.1.2. съотношение на часовете по график на лекари към часовете по график на друг медицински персонал – 1 или по-малко от единица.

3.2. Изисквания за стационарни медицински дейности в акушерски структурни единици, които функционират 3 и повече години:

3.2.1. в числото на изписаните от стационара пациентки съотношението на небременни жени (родили и абортирали, вкл. след прекъсване на бременност по желание) към жени със запазена бременност да е 3.0 или повече годишно;

3.2.2. минимален годишен брой раждания съобразно нивото на компетентност на болничната структура:

3.2.2.1. при I ниво на компетентност – 80 – 100 раждания средногодишно през последните три години;

3.2.2.2. при II ниво на компетентност – 200 – 300 раждания средногодишно през последните три години;

3.2.2.3. при III ниво на компетентност – 700 – 800 раждания средногодишно през последните три години;

3.2.3. минимален годишен брой раждания на 1 лекар на трудов договор в акушерска структурна единица на пълен работен ден – акушер-гинеколог или специализиращ "Акушерство и гинекология":

3.2.3.1. при липса на гинекологична дейност – 50 раждания;

3.2.3.2. при участие в не повече от 40 гинекологични операции годишно – 30 раждания;

3.2.3.3. при участие в повече от 40 гинекологични операции годишно – 20 раждания;

3.2.4. минимална обезпеченост с персонал:

3.2.4.1. при I ниво – трима лекари, от които: един със специалност

"Акушерство и гинекология", един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по перинатална или фетална медицина;

3.2.4.2. при II ниво – петима лекари, от които: четирима със специалност

"Акушерство и гинекология", един с допълнителна квалификация по ехография, един с допълнителна квалификация по перинатална или фетална медицина и един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия;

3.2.4.3. при III ниво – осем лекари, от които: петима със специалност "Акушерство и гинекология", двама с допълнителна квалификация по ехография, двама с допълнителна квалификация по перинатална или фетална медицина и един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия.

3.3. Изисквания за стационарни медицински дейности в гинекологични структурни единици, които функционират 3 и повече години:

3.3.1. в числото на изписаните от стационара пациентки съотношението на оперирани към неоперирани болни да е 4.0 или повече годишно;

3.3.2. минимален годишен брой гинекологични операции от групи 2 – 12 на глава XIV:

3.3.2.1. на 1 разкрито гинекологично легло – 35 операции;

3.3.2.2. на 1 операционна зала – 250 операции;

3.3.2.3. на всяка следваща операционна зала – плюс 200 операции;

3.3.3. минимален годишен брой участия в гинекологични операции на 1 лекар на трудов договор в гинекологична структурна единица на пълен работен ден – акушер-гинеколог или специализиращ "Акушерство и гинекология":

3.3.3.1. при липса на участие в раждания – 80 операции;

3.3.3.2. при участие в не повече от 20 раждания годишно – 60 операции;

3.3.3.3. при участие в повече от 20 раждания годишно – 40 операции;

3.3.4. минимална обезпеченост с персонал:

3.3.4.1. при I ниво – двама лекари, от които един със специалност "Акушерство и гинекология";

3.3.4.2. при II ниво – трима лекари, от които: двама със специалност "Акушерство и гинекология", един с допълнителна квалификация по ехография, един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия; един с допълнителна квалификация по лапароскопия или миниинвазивна хирургия и един с допълнителна квалификация по колпоскопия;

3.3.4.3. при III ниво – петима лекари, от които: трима със специалност по "Акушерство и гинекология", двама с допълнителна квалификация по ехография, един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия; двама с допълнителна квалификация по лапароскопия или миниинвазивна хирургия, един с допълнителна квалификация по колпоскопия и един с допълнителна квалификация по онкогинекология или онкология.

3.4. Следното изискване се прилага за оценка на болници, където се оказва акушеро-гинекологична помощ, които функционират 3 и повече години: броят на операции от групи 5 и 8 по глава XIV да не надвишава 50 % от броя на всички операции за една година.

Глава XVII

## СПЕЦИФИЧНИ КАЧЕСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИ ДЕЙНОСТИ В

### СПЕЦИАЛНОСТТА "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Показателите за оценка на качеството, възприети от дадено лечебно заведение, се посочват в правилника за устройството и дейността на лечебното

заведение, а методите за приложението им се развиват във вътрешните стандарти.

2. Лечебните заведения, в които се извършват профилактични гинекологични прегледи (ППП), отчитат следните показатели:

2.1. брой на извършени ППП;

2.2. брой и относителен дял (БОД) на цитологично сигнализиран преинвазивни и инвазивни изменения на маточната шийка;

2.3. БОД на хистологично потвърдени инвазивни изменения на маточната шийка – по клиничен стадий;

2.4. БОД на открити полово предавани инфекции;

2.5. БОД на открити други гинекологични заболявания – по диагнози;

2.6. БОД на открити тумори и тумороподобни изменения в млечната жлеза.

3. Лечебните заведения, в които се извършва проследяване на бременност, отчитат следните показатели:

3.1. брой на проследяваните за отчетния период бременности, от тях:

3.1.1. БОД на бременности, завършили с раждане, от тях:

3.1.1.1. БОД доносени новородени, от тях:

3.1.1.1.1. БОД мъртвородени;

3.1.1.1.2. БОД с вродени аномалии;

3.1.1.2. БОД недоносени новородени (по степен на недоносеност), от тях:

3.1.1.2.1. БОД мъртвородени;

3.1.1.2.2. БОД с вродени аномалии;

3.1.2. БОД завършили със спонтанен аборт (по срок на бременността);

3.2. брой на разпознати или обсервирани бременности с повишен риск (рискови бременности) – по диагнози;

3.3. брой на разпознати или обсервирани бременности с реализиран риск (патологични бременности) – по диагнози;

3.4. брой на диспансерно наблюдавани рискови/патологични бременности – по диагнози;

3.5. брой на рискови/патологични бременности, насочени за диспансерно наблюдение в други лечебни заведения – по диагнози.

4. Лечебните заведения, в които се извършва семейно планиране, отчитат следните показатели:

4.1. общ брой жени, при които са осъществени дейности по семейно планиране;

4.2. БОД на аборти по желание;

4.3. БОД на открити полово предавани инфекции.

5. Лечебните заведения, в които се извършват дейности, спадащи към интердисциплинарната област "Асистиран репродуктивни технологии", отчитат следните показатели:

5.1. брой на обслужени пациентки;

5.2. БОД на пациентки, при които са приложени:

5.2.1. изкуствена инсеминация (общо за авто- и хетероинсеминация);

- 5.2.2. in vitro фертилизация;
- 5.2.3. интрацитоплазмено спермално инжектиране (ICSI);
- 5.2.4. други техники за асистирана репродукция – аспирационни или биопсични техники от епидидим и др.;
- 5.2.5. ембриотрансфер;
- 5.2.6. селективна редукция на броя на концептусите;
- 5.2.7. криопрезервация на:
  - 5.2.7.1. гонади;
  - 5.2.7.2. гамети;
  - 5.2.7.3. концептуси;
- 5.3. БОД на пациентки с диагностицирана бременност след асистирана репродукция – по приложен метод (5.2.1 – 5.2.4);
- 5.4. БОД на пациентки с раждане след асистирана репродукция – по приложен метод (5.2.1 – 5.2.4);
- 5.5. БОД на интраоперативни и ранни (до седмия ден) следоперативни усложнения, групирани по вид (инфекциозни, хеморагични, тромбоемболични, др.);
- 5.6. БОД на случаи с интраоперативна и ранна следоперативна смъртност – общо и само майчина смъртност.
- 6. Лечебните заведения за болнична помощ по АГ отчитат следните показатели:
  - 6.1. за родилна помощ:
    - 6.1.1. брой на ражданията;
    - 6.1.2. БОД на предтерминните раждания – общо и по степен на недоносеност;
    - 6.1.3. БОД на ражданията с цезарово сечение (ЦС) – общо и по степен на недоносеност;
    - 6.1.4. БОД на седалищните раждания и в тази група – БОД на ЦС;
    - 6.1.5. перинатална смъртност – по критериите:
      - 6.1.5.1. анте-, интра- и ранна постнатална;
      - 6.1.5.2. степен на недоносеност;
    - 6.1.6. брой на всички аборти;
    - 6.1.7. БОД на спонтанните аборти;
    - 6.1.8. БОД на аборти по медицински показания и в тази група – БОД на прекъснати бременности след 12-ата г.с.;
    - 6.1.9. БОД на интрапартални и ранни (до седмия ден) постпартални усложнения, групирани по вид (инфекциозни, хеморагични, тромбоемболични, др.);
    - 6.1.10. брой на случаи с майчина смъртност;
  - 6.2. за АГ помощ, с изключение на родилна помощ:
    - 6.2.1. брой на оперативни намеси и разпределението им по групите, посочени в глава XIV;
    - 6.2.2. БОД на интраоперативни и ранни (до седмия ден) следоперативни усложнения, групирани по вид (инфекциозни, хеморагични, тромбоемболични, др.);

6.2.3. БОД на случаи с интраоперативна и ранна следоперативна смъртност – общо и само майчина смъртност.

7. Резултатите от анализи по т. 2 се обобщават по тримесечия и за цялата календарна година и се размножават в 4 екземпляра: един за структурната единица, един за лечебното заведение, един за регионалния център по здравеопазване и един за съответния национален регистър.

8. Резултатите от анализи по т. 3 – 6 се обобщават по тримесечия и за цялата календарна година и се размножават в 3 екземпляра: един за структурната единица, един за лечебното заведение и един за регионалния център по здравеопазване.

9. Показатели за качество на процесите в медицинската дейност:

9.1. Следните показатели засягат качеството на процесите при стационарни и едnodневни акушеро-гинекологични ДЛД:

9.1.1. БОД на:

9.1.1.1. случаи с усложнения (по време на лечението и след него);

9.1.1.2. случаи с несъвпадение между долечебна и патологоанатомична диагноза;

9.1.2. показатели за нозокомиални инфекции.

9.2. Изискване за показателите:

9.2.1. по т. 9.1.1 е честотата на тези случаи да не надвишава средните стойности за страната с повече от 10 %.

10. Показатели за качество на крайния продукт на ДЛД:

10.1. Показатели за качество на крайния продукт са:

10.1.1. БОД на:

10.1.1.1. случаи, при които се е наложило непредвидено в долечебния план допълнително лечение;

10.1.1.2. случаи с непредвидени в долечебния план рецидиви;

10.1.1.3. случаи, преведени в АГ клиники (отделения) на други болници за активно лечение;

10.1.2. само за едnodневни ДЛД – БОД на случаи, претърпели конверсия в стационарна ДЛД;

10.1.3. само за ендоскопски ДЛД – БОД на случаи, претърпели конверсия в класическа оперативна ДЛД;

10.1.4. болнична смъртност при АГ диагнози;

10.1.5. майчина смъртност.

10.1.6. само за акушерски стационарни ДЛД – перинатална смъртност.

10.2. Изискванията за показателите по т. 10.1.1 – 10.1.3, сведени към общия брой лекувани случаи за годината, са:

10.2.1. по т. 10.1.1.1 – да не надвишават 10 %;

10.2.2. по т. 10.1.1.2 – да не надвишават 5 %;

10.2.3. по т. 10.1.1.3 – да не надвишават 2 %;

10.2.4. по т. 10.1.3 – да не надвишават 5 %.

10.3. Изискването за показателите болнична и майчина смъртност е годишните стойности да не надвишават осемдесетия перцентил на стойностите за страната.

10.4. Изискването за показателя перинатална смъртност е годишните стойности да не надвишават осемдесетия перцентил на стойностите за страната.

#### Глава XVIII

### СПЕЦИФИЧНИ КАЧЕСТВЕНИ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ПРОФИЛАКТИЧНИ ДЕЙНОСТИ В СПЕЦИАЛНОСТТА

#### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

1. Лечебните заведения за извънболнична помощ по АГ (клас А) не могат да отказват:

1.1. проследяване на нормална бременност;

1.2. извършване на профилактичен гинекологичен преглед;

1.3. консултиране във връзка със семейно планиране.

2. Проследяване на нормална бременност:

2.1. Проследяването на нормална бременност:

2.1.1. се придържа към изискванията на националните програми, свързани с бременността;

2.1.2. в отсъствие на действаща национална програма – се придържа към изискванията, описани в глава XXI.

2.2. Специален показател за качество на проследяването на бременността е откриваемостта на следните заболявания и състояния:

2.2.1. вродени заболявания и аномалии на концептуса;

2.2.2. заболявания и състояния на майката, представляващи повишен и реализиран риск за бременността;

2.2.3. спонтанни аборти;

2.2.4. предтерминни раждания.

2.3. Диагнози по т. 2.2 се поставят или наблюдават в съответното лечебно заведение. След поставяне на окончателна диагноза бременните се насочват за диспансерно наблюдение в същото или друго лечебно заведение.

3. Профилактични гинекологични прегледи:

3.1. Проверяването на ПГП:

3.1.1. се придържа към изискванията на глава XXI и е свързан със:

3.1.1.1. онкологичен скрининг;

3.1.1.2. репродуктивно здраве.

3.2. Специален показател за качество на ПГП е откриваемостта на следните заболявания:

3.2.1. рак на маточната шийка;

3.2.2. рак на гърдата;

3.2.3. полово предавани инфекции.

3.3. Диагнози по т. 3.2 се поставят или наблюдават в съответното лечебно заведение. След поставяне на окончателна диагноза пациентките се лекуват или се насочват за диспансерно наблюдение в същото или друго лечебно заведение.

4. Семейно планиране:

4.1. Дейностите по семейно планиране са съобразени с нормативната уредба.



- 4.2. За целите на семейното планиране се използват:
  - 4.2.1. контрацептивни методи и средства;
  - 4.2.2. прекъсване на нежелана бременност.
- 4.3. Методите по предходната точка се използват с приоритет, съответен на подреждането им (4.2.1 – 4.2.2).
- 4.4. В хода на дейностите по семейно планиране се осъществяват и дейности, свързани с полово предаваните инфекции, а именно:
  - 4.4.1. скрининг;
  - 4.4.2. своевременна диагноза;
  - 4.4.3. лечение;
  - 4.4.4. профилактика.
- 4.5. Лечебните заведения, където се осъществява семейно планиране:
  - 4.5.1. осигуряват на пациентките си безплатен достъп до материали за разпространение на здравни знания, свързани със семейно планиране и репродуктивно здраве;
  - 4.5.2. оказват разностранно съдействие на институции и организации, осъществяващи дейности по опазване на репродуктивното здраве, включително:
    - 4.5.2.1. органи на централната и местната власт;
    - 4.5.2.2. училища;
    - 4.5.2.3. неправителствени организации.
- 4.6. Специален показател за качество на семейното планиране са следните събития:
  - 4.6.1. аборт по желание;
  - 4.6.2. заболяване от полово предавани инфекции (новооткрити случаи и рецидивни);
  - 4.6.3. раждане под 19-годишна възраст на майката.

## Глава XIX

### СПЕЦИАЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПРИ АКУШЕРСКА СПЕШНОСТ

1. "Акушерска спешност" означава синдром или нозологична единица, които представляват непосредствена заплаха за живота на майката и/или плода. В частност "акушерска спешност" представляват проявите на шок от всички патологични типове при бременна или родилка. Следните синдроми и нозологични единици също се приемат за акушерска спешност независимо дали в момента се установяват признаци на шок:
  - 1.1. остър хирургичен корем, причинен от:
    - 1.1.1. ектопична бременност;
    - 1.1.2. некроза на миомен възел в бременна матка;
    - 1.1.3. торзия, некроза или руптура на аднексиална формация;
    - 1.1.4. тазова възпалителна болест;
    - 1.1.5. екстрагенитално заболяване;
  - 1.2. остра кръвозагуба, усложнена или не от коагулопатия, причинена от:
    - 1.2.1. спонтанен аборт;

- 1.2.2. гроздовидна бременност;
- 1.2.3. ектопична бременност;
- 1.2.4. предлежаша плацента;
- 1.2.5. кръвотечения на плацентарния период;
- 1.2.6. предлежаци съдове (остра кръвозагуба на плода);
- 1.3. други патогенетични варианти на шок или предшоково състояние, причинени от:
  - 1.3.1. септичен аборт;
  - 1.3.2. амниотит;
  - 1.3.3. преждевременно отлепяне на нормално прикрепена плацента;
  - 1.3.4. HELLP синдром;
  - 1.3.5. кардиогенен механизъм;
- 1.4. гърчови състояния;
- 1.5. хипертонична криза;
- 1.6. прекома или кома;
- 1.7. анте- и интрапартална асфиксия на плода;
- 1.8. пролапс на пъпна връв;
- 1.9. застрашаваща или станала руптура на матката;
- 1.10. инверзия на матката.
2. При транспортиране на пациентка с акушерска спешност решението за транспортиране се съобразява със:
  - 2.1. района на действие и достъпа на използваното транспортно средство (автомобил, вертолет, друго);
  - 2.2. информираното съгласие на пациентката или неин законен представител;
  - 2.3. при невъзможност за получаване на информирано съгласие – с решение по целесъобразност, взето от:
    - 2.3.1. медицинска комисия (консилиум);
    - 2.3.2. при липса на възможност за събиране на комисия – от най-висококвалифицираното медицинско лице в конкретната ситуация.
3. При изпълнени условия по т. 2 изборът на лечебното заведение, където се транспортира пациентката, зависи от следните критерии:
  - 3.1. основна причина за състоянието на пациентката – спазват се следните правила:
    - 3.1.1. пациентка в шок, следствие на екстрагестационна патология:
      - 3.1.1.1. се транспортира в МБАЛ;
      - 3.1.1.2. по изключение се транспортира в СБАЛАГ;
    - 3.1.2. пациентка в животозастрашаващо състояние, следствие на гестационна патология:
      - 3.1.2.1. се транспортира в СБАЛАГ;
      - 3.1.2.2. при затруднен или липсващ достъп до СБАЛАГ се транспортира в МБАЛ;
  - 3.2. очаквано времетраене на транспорта – при изпълнени условия по т. 2 и 3.1 пациентката се транспортира в лечебното заведение, което се прецени за

най-бързо достъпно.

4. В случай че раждаща пациентка, при която спонтанното раждане предстои да завърши в най-кратък срок, се намира в лечебно заведение от неадекватен за състоянието ѝ клас (А, Б1 без оказване на родилна помощ или Б2), персоналът на това лечебно заведение е длъжен спешно да организира и осъществи:

4.1. водене на раждане;

4.2. първична реанимация на новороденото и обработка на пъпния чуқан;

4.3. маркиране на майката и новороденото с един и същ идентификационен знак;

4.4. документиране на раждането;

4.5. превеждане по възможност с медицински транспорт:

4.5.1. на майката – в лечебно заведение, избрано по критериите в т. 3;

4.5.2. на новороденото – в лечебно заведение с предмет на дейност родилна или неонатологична помощ, което може и да не е лечебното заведение по предходната точка.

5. Действията по т. 4.2 – 4.5 се предприемат и в случай, че раждането е завършило в отсъствие на специализирана АГ помощ.

6. В случай че пациентка с акушерска спешност, при която не е налице спонтанно раждане или то не предстои да завърши в най-кратък срок, се намира в лечебно заведение от неадекватен за овладяване на състоянието ѝ клас, персоналът на това лечебно заведение е длъжен спешно да организира и осъществи:

6.1. начални животоспасяващи мерки;

6.2. превеждане на пациентката по възможност с медицински транспорт в лечебно заведение, избрано по критериите в т. 3.

7. В случай че бременна в шок се намира в лечебно заведение от адекватен за овладяване на състоянието ѝ клас, но което не оказва родилна помощ, персоналът на това лечебно заведение е длъжен спешно да организира и осъществи:

7.1. ако пациентката е в напреднала бременност или раждаща:

7.1.1. по възможност – присъствие на консултант-неонатолог, снабден с транспортен кувьоз;

7.1.2. родоразрешение чрез:

7.1.2.1. спешно цезарово сечение;

7.1.2.2. водене на раждане през естествените родови пътища и акушерски операции, за които съществуват индикации и условия;

7.1.3. първична реанимация на новороденото и обработка на пъпния чуқан;

7.1.4. обозначаване на майка и новородено с еднакъв идентификационен знак;

7.1.5. документиране на раждането;

7.1.6. превеждане на новороденото с медицински транспорт и по възможност в транспортен кувьоз – в лечебно заведение с предмет на дейност родилна или неонатологична помощ;

7.1.7. оказване на друга медицинска помощ, необходима за овладяване животозастрашаващото състояние на майката;

7.2. ако пациентката не е в напреднала бременност – оказване на медицинската помощ, необходима за овладяване на животозастрашаващото състояние.

#### ДЯЛ VI

### "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"

#### Глава XX

#### ДИАГНОЗА И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА

1. Диагноза на бременността:

1.1. Диагнозата на бременността установява:

1.1.1. наличие на бременност;

1.1.2. място на развитие на бременността.

1.2. Диагностичните цели по т. 1 се поставят и следва да бъдат постигнати на ниво лекарско 1. Те по изключение се пренасят на ниво лекарско 2.

1.3. При наличие на втрематочна бременност диагнозата уточнява следните нейни характеристики:

1.3.1. срок на бременността и вероятен термин на раждане;

1.3.2. разположение на плода/плодовете в матката (при напреднала бременност);

1.3.3. едноплодна/многоплодна бременност;

1.3.4. състояние на концептуса/концептусите;

1.3.5. състояние на плодните придатъци.

1.4. Диагностичните цели:

1.4.1. по т. 1.3.1 и 1.3.2 се поставят и следва да бъдат постигнати на ниво лекарско 1; по изключение се пренасят на ниво лекарско 2;

1.4.2. по т. 1.3.3 – 1.3.5 се поставят на ниво лекарско 1; при невъзможност да бъдат постигнати на същото ниво се пренасят на ниво лекарско 2.

2. Първоначални изследвания на бременната жена:

2.1. При първото си посещение в лечебното заведение, където ще се проследява бременността, бременната подлежи на следните изследвания:

2.1.1. клинично изследване:

2.1.1.1. обща и гинекологична анамнеза;

2.1.1.2. соматичен статус, включително регистриране на ръст, телесно тегло, пулс, артериално кръвно налягане;

2.1.1.3. акушерска мензурация, външна пелвиметрия;

2.1.1.4. гинекологичен статус;

2.1.1.5. външно акушерско изследване и аускултация (при напреднала бременност);

2.1.2. микроскопско изследване на нативен препарат от влагалищно съдържимо и тест с калиева основа (аминотест) или влагалищен секрет за микробиологично изследване;

2.1.3. онкопрофилактична цитонамазка, при условие че не е налице отрицателен резултат от такава (I – II група по Papanicolaou) през последните 24 месеца;

2.1.4. клинично-лабораторни изследвания:

2.1.4.1. кръв – хематологични и цитологични изследвания;

2.1.4.2. урина – базова програма;

2.1.5. трансфузиологични изследвания –  
кръвнорупова принадлежност (ABO и Rh);

2.1.6. микробиологични изследвания – посевка на стерилна урина;

2.1.7. скринингови имунологични изследвания:

2.1.7.1. за сифилис;

2.1.7.2. за хепатит;

2.1.7.3. за HIV (ако бременната е съгласна).

3. Проследяване на нормална бременност:

3.1. Нормално развиващата се бременност изисква проследяване, както следва:

3.1.1. една консултация месечно – до VIII лунарен месец включително;

3.1.2. две консултации месечно – в IX и X лунарен месец.

3.2. Консултациите проследяват:

3.2.1. при всяка консултация:

3.2.1.1. телесно тегло;

3.2.1.2. артериално кръвно налягане;

3.2.1.3. нарастване обиколката на корема и височината на fundus uteri;

3.2.1.4. детски сърдечни тонове (от момента на появата им);

3.2.2. през три месеца:

3.2.2.1. микроскопско изследване на нативен препарат от влагалищно съдържимо  
и тест с калиева основа или влагалищен секрет за микробиологично изследване;

3.2.2.2. клинично-лабораторни изследвания по т. 2.1.4;

3.2.3. веднъж през периода 15-а – 20-а г.с.:

3.2.3.1. гинекологичен статус;

3.2.3.2. микробиологично изследване – посевка на стерилна урина;

3.2.4. три пъти (веднъж между 11-а и 14-а г.с., веднъж между 18-а и 24-та  
г.с. и веднъж между 28-а и 32-ра г.с.) – акушерска ехография;

3.2.5. през втората половина на бременността и задължително преди раждането –  
определяне положението и предлежанието на плода чрез външно акушерско  
изследване.

4. Проследяване на бременност с повишен риск (рискова бременност):

4.1. В хода на проследяването на нормална бременност установяването на  
нововъзникнало заболяване от какъвто и да е характер налага консултация със  
съответен специалист.

4.2. Освен заболяванията по т. 4.1 следните фактори определят повишен риск за  
бременността и налагат разширяване на алгоритъма за проследяване на нормална  
бременност:

4.2.1. фактори, произтичащи от особености на здравата бременна:

4.2.1.1. възраст над 34 години – две допълнителни акушерски ехографии;

серумен скрининг за алфа-фетопротеин и бета-ЧХГ (15-а – 19-а г.с.); при

позитивен скрининг – генетична консултация; биопсия на хориални вѐси или

амниоцентеза се препоръчва в зависимост от получените резултати и/или при допълнителни анамnestични данни за:

4.2.1.1.1. обремененост с риск от захарен диабет;

4.2.1.1.2. предишни ембриопатични/фетопатични бременности;

4.2.1.1.3. прекарани остри инфекциозни заболявания;

4.2.1.1.4. луес;

4.2.1.2. възраст под 20 години – изследване за хламидиален антиген; 1 допълнителна акушерска ехография; 2 консултации месечно през VIII лунарен месец; 3 консултации месечно през X лунарен месец;

4.2.1.3. мултипаритет (три и повече раждания) – 3 консултации месечно през IX лунарен месец; 1 консултация седмично през X лунарен месец;

4.2.1.4. прехранване (наднормено тегло, затлъстяване) и недохранване – консултиране с оглед възможни промени в хранителния режим; 1 допълнителна акушерска ехография; 2 консултации месечно през VIII лунарен месец; 3 консултации месечно през X лунарен месец;

4.2.1.5. гранични стойности на хематологичните показатели (серумен хемоглобин под 120 g/L) – корекции в диетата; допълването ѝ с желязо, фолиева киселина и други витамини от група B;

4.2.1.6. мускулни крампи – допълване на диетата с магнезий и калций;

4.2.1.7. преждевременна маточна активност (заплаха от недоизносване на бременността) – симптоматично лечение; допълване на диетата с магнезий;

4.2.1.8. кръвнoгруппова несъвместимост между майката и биологичния баща – 1 допълнителна акушерска ехография и изследване за антитела в майчината кръв в следните срокове:

4.2.1.8.1. между 9-а и 12-а г.с.: на бременни с обременена акушерска анамнеза, свързана с изоимунизационна болест, с установени антитела при предишни бременности и/или предстоящи инвазивни изследвания;

4.2.1.8.2. между 17-а и 20-а г.с.: на останалите бременни с кръвнoгруппова несъвместимост;

4.2.1.8.3. между 26-а и 28-а г.с.: на бременни с кръвнoгруппова несъвместимост, при които първото изследване не е установило антитела;

4.2.1.9. предразположение към патологична бременност (обременена репродуктивна анамнеза):

4.2.1.9.1. спонтанни (хабитуални) аборти – клинично и ехографско изследване на долния маточен сегмент; изследване за токсоплазмоза; медикогенетична консултация; издирване на резултати от хистологични, микробиологични и други изследвания на абортирани в миналото тъкани; пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса;

4.2.1.9.2. предишно раждане на едър плод (4000 и повече г), мъртъв плод и други особености в акушерската анамнеза, съмнителни за латентен диабет – допълнителна акушерска ехография; по преценка – насочване за антенатален скрининг на вродените заболявания на концептуса; орален глюкозо-толерантен тест, както следва:

- 4.2.1.9.2.1. при първо посещение;
- 4.2.1.9.2.2. ако е негативен – повторение между 24-та и 28-а г.с.;
- 4.2.1.9.3. предишни ембриопатични/фетопатични бременности – вж. т. 4.2.1.1; допълване на диетата с фолиева киселина;
- 4.2.1.9.4. прекарана бременност с изоимунизационна болест на плода и новороденото – т. 4.2.1.8;
- 4.2.2. заболявания на бременната:
  - 4.2.2.1. съпътстващи екстрагенитални заболявания – консултация със съответен специалист;
  - 4.2.2.2. вродени генитални заболявания и аномалии – 1 допълнителна акушерска ехография, ранна прогноза на раждането; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания;
  - 4.2.2.3. придобити генитални заболявания и състояния:
    - 4.2.2.3.1. маточен цикатрикс – ранна прогноза на раждането, три консултации месечно през X лунарен месец;
    - 4.2.2.3.2. неусложнени доброкачествени тумори и други пролиферативни изменения на външни репродуктивни органи, влагалище и влагалищна част на маточната шийка – клинично, колпоскопско, а по индикации и патоморфологично проследяване в динамика, ранна прогноза на раждането, обсъждане на лечение;
    - 4.2.2.3.3. неусложнени доброкачествени тазови тумори – клинично и ехографско проследяване в динамика; ранна прогноза на раждането; обсъждане на лечение;
    - 4.2.2.3.4. възпалителни заболявания – симптоматично и етиологично лечение с медикаменти, подходящи за приложение по време на бременност;
  - 4.2.2.4. вирусоносителство (HIV, хепатит В и С, херпес) – ранна прогноза на раждането; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания;
  - 4.2.2.5. наркомании – насочване за специализирана медицинска помощ; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания;
- 4.2.3. външни фактори:
  - 4.2.3.1. инцидентен контакт с йонизиращи лъчи – пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания;
  - 4.2.3.2. дълготрайна експозиция на йонизиращи лъчи, вибрации, органични разтворители, инхалаторни анестетици – пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса; трудоустрояване;
  - 4.2.3.3. дейности, свързани с повдигане на тежести (над 10 кг), продължителен изправен стоеж (над 60 мин.), недоспиване, работно време повече от 70 часа седмично – трудоустрояване;
  - 4.2.3.4. контакт с причинители на инфекциозни заболявания – изследване за съответно инфекциозно заболяване; пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания;
  - 4.2.3.5. прием на тератогенни медикаменти – пренатална диагностика на вродените аномалии на концептуса; консултация с комисия за прекъсване на бременност по медицински показания.

5. Реализиране на риска – превръщане на рисковата бременност в патологична:

5.1. Рискът за бременността може да се реализира под форма на:

5.1.1. акушерска спешност (т. 1 на глава XIX);

5.1.2. нарушена бременност – изгонването на концепсуса от матката е в ход или е завършило;

5.1.3. ембриопатична/фетопатична бременност – концепсусът е тежко увреден, нежизнеспособен или мъртъв;

5.1.4. друга заплаха за здравето на бременната и/или на плода.

5.2. Случаите с акушерска спешност подлежат на:

5.2.1. по индикации – първична реанимация на майката и вътреутробна реанимация на плода;

5.2.2. спешен транспорт до лечебно заведение от адекватен клас (глава XIX).

5.3. Нарушена бременност е налице при:

5.3.1. ектопична бременност;

5.3.2. спонтанен аборт в ход и по-напреднали клинични форми;

5.3.3. преждевременно пукнат околоплоден мехур;

5.3.4. предтерминно раждане в ход и по-напреднали клинични форми.

5.4. Формите на патологична бременност по т. 5.3.1 и 5.3.2 подлежат на незабавна хоспитализация в лечебно заведение от клас Б1.

5.5. Формите на патологична бременност по т. 5.3.3 и 5.3.4 подлежат на незабавна хоспитализация в лечебно заведение от клас Б1, оказващо родилна помощ.

5.6. Ембриопатична/фетопатична бременност е налице при:

5.6.1. "кухо яйце";

5.6.2. missed abortion;

5.6.3. гроздовидна бременност;

5.6.4. малформации на концептуса;

5.6.5. тежки клинични форми на:

5.6.5.1. изоимунизационна болест на плода;

5.6.5.2. диабетна фетопатия;

5.6.6. мъртъв плод.

5.7. Формите на патологична бременност по т. 5.6.1 – 5.6.3 подлежат на лечение в лечебно заведение от клас А2 или Б1.

5.8. Формите на патологична бременност по т. 5.6.4 – 5.6.6 подлежат на лечение в лечебно заведение от клас Б1, оказващо родилна помощ.

5.9. Друга заплаха за здравето на бременната и/или на плода е налице при:

5.9.1. неударжими повръщания на бременната;

5.9.2. субхориален хематом;

5.9.3. истмико-цервикална инсуфициенция;

5.9.4. прееклампсия в широкия смисъл на думата (късни токсикози на бременността);

5.9.5. хипертония с екстрагестационна генеза;



5.9.6. преносеност;

5.9.7. многоплодна бременност и особено нейни клинични форми, като:

5.9.7.1. бременност с повече от два концептуса;

5.9.7.2. синдром на изчезващия близнак;

5.9.7.3. фетална асиметрия;

5.9.7.4. интраутеринен трансфузионен синдром;

5.9.8. ненормално положение и предлежание на плода след m.l. VII;

5.9.9. пелви-фетална диспропорция;

5.9.10. аномалии в прикрепянето на плацентата без или със минимални клинични прояви;

5.9.11. аномалии в количеството на околоплодната течност;

5.9.12. леки и средни клинични форми на:

5.9.12.1. захарен диабет на майката;

5.9.12.2. други хронични заболявания;

5.9.12.3. изоимунизационна болест на плода;

5.9.13. нееруптивни и особено еруптивни остри инфекциозни и паразитни заболявания, вкл. генитален херпес и инфекции с вируса на човешкия папилом;

5.9.14. луес;

5.9.15. усложнени доброкачествени тазови тумори, които не причиняват "остър корем";

5.9.16. злокачествени заболявания на майката.

5.10. Формите на патологична бременност по т. 5.8 подлежат на диспансерно наблюдение в лечебно заведение от клас А1 или А2 и комплексна преценка в динамика, с оглед лечение или пренасочване към лечебно заведение от клас Б1.

5.11. В случай че срокът на бременността е 20 или повече гестационни седмици, лечението се провежда в лечебни заведения, оказващи родилна помощ.

Глава XXI

## ПРОФИЛАКТИЧЕН ГИНЕКОЛОГИЧЕН ПРЕГЛЕД

1. Профилактичният гинекологичен преглед (ПГП) е насочен към откриване на морбидни и преморбидни състояния на женската репродуктивна система с основен акцент върху скрининга за рак на маточната шийка и за рак на гърдата.

2. На ПГП подлежат всички жени, навършили 30 години, както и по-млади жени, които са полово активни (имали са поне едно полово сношение).

3. ПГП:

3.1. се извършва в рамките на извънболничната помощ (лечебно заведение от клас А);

3.2. изисква ниво лекарско 1 или 2;

3.3. включва:

3.3.1. гинекологична анамнеза;

3.3.2. клинично изследване на млечните жлези; при първата визита – обучение за самоизследване на млечните жлези;

3.3.3. цервикална онкоцитонамазка или (по изключение – при техническа

невъзможност за обработка на цитологични препарати) тъканен тест;  
3.3.4. гинекологичен преглед (на ниво лекарско 2 е задължително и извършване на колпоскопия).

4. На жени, навършили 45 години, се дава съвет да се подложат на мамография, която да се повтаря през 1 – 3 години.

5. Резултат от профилактичния гинекологичен преглед:

5.1. Резултатът от ПГП се отчита като "отрицателен", ако са изпълнени всички изброени условия:

5.1.1. липса на гинекологични оплаквания;

5.1.2. нормален статус на млечните жлези;

5.1.3. цитонамазка: I или II група по Papanicolaou или съответстващ на този резултат по Bethesda;

5.1.4. нормален гинекологичен статус.

5.2. Резултатът от ПГП се отчита като "положителен", ако е изпълнено поне едно от изброените условия:

5.2.1. наличие на гинекологични оплаквания;

5.2.2. патологична находка в млечните жлези;

5.2.3. цитонамазка: III, IV или V група по Papanicolaou или съответстващ на този резултат по Bethesda;

5.2.4. патологичен или неясен гинекологичен статус.

5.3. Жените с положителен резултат от ПГП подлежат на уточняваща диагноза. Тя изисква участие на специалист акушер-гинеколог.

6. Терминология на цитопатологичния отговор:

6.1. Отговорът на цитопатологичната лаборатория се придържа към системата за оценка "групи по Papanicolaou" (Pap) или абревиатура по системата "Bethesda". Ако се използва абревиатура по Bethesda, тя трябва да се обвърже с групите по Papanicolaou.

6.2. В отговора изрично се обозначава годността на материала за цитологична диагноза.

6.3. Отговорът съдържа описание на находката (не само група по Papanicolaou или абревиатура по Bethesda).

7. Интервали между профилактичните гинекологични прегледи:

7.1. Периодичността на ПГП е функция от възрастта и риска. Фактори за повишен риск:

7.2. На ПГП подлежат веднъж годишно:

7.2.1. жени на възраст под 25 години, ако са полово активни;

7.2.2. жени на каквато и да е възраст, ако са с повишен риск.

7.3. Жени на възраст от 25 до 59 години и с обичаен риск подлежат на ПГП веднъж на 1 – 2 години, а след 2 отрицателни резултата – веднъж на 2 – 3 години.

7.4. Жени на възраст 60 и повече години и с обичаен риск подлежат на ПГП при първото посещение, а след отрицателен резултат – веднъж на 2 – 3 години.

ДЯЛ VII  
ИЗИСКВАНИЯ ЗА СТРУКТУРИТЕ НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ, КЪДЕТО СЕ  
ОКАЗВА

АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНА ПОМОЩ

Глава XXII

ПОМЕЩЕНИЯ И ОБОРУДВАНЕ НА АМБУЛАТОРИЯ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА  
ИЗВЪНБОЛНИЧНА

МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО АГ (КАБИНЕТ ПО АГ)

1. Помещения:

1.1. Амбулаторията за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (АГ кабинет) включва следните структури:

1.1.1. чакалня;

1.1.2. кабинет за акушеро-гинекологични прегледи с обособена съблекалня;

1.1.3. санитарен възел.

1.2. Отсъствие на директно осветление в кабинета се допуска при условие, че помещението е климатизирано. Допустимото изкуствено осветление трябва да отговаря по интензитет и цветна температура на нормална дневна светлина.

1.3. Кабинетът е шумоизолиран.

1.4. В кабинета има поне един умивалник със студена и топла течаща вода и оттичане в централна канализация.

1.5. Базовото оборудване на санитарен възел е:

1.5.1. тоалетна чиния с пластмасова дъска или клекало, с измиване от течаща вода и оттичане в централна канализация;

1.5.2. умивалник със студена и топла течаща вода и оттичане в централна канализация.

1.6. Един санитарен възел по т. 1.5 може да обслужва до 2 кабинета за АГ прегледи в едно и също лечебно заведение.

2. Оборудване:

2.1. Специално оборудване:

2.1.1. гинекологичен стол;

2.1.2. кушетка за прегледи;

2.1.3. рефлекторна лампа тип "кокиче";

2.1.4. лекарствен шкаф;

2.1.5. инструментална маса;

2.1.6. лабораторен стол с променлива височина;

2.1.7. колпоскоп;

2.1.8. ехограф;

2.1.9. микроскоп;

2.1.10. електрокоагулатор;

2.1.11. сух стерилизатор.

2.2. Един брой от оборудването по позиции 2.1.7 – 2.1.11 може да обслужва до два кабинета за АГ прегледи в едно и също лечебно заведение.

2.3. Други пособия: теглилка, акушерска слушалка, шивашки метър, тазомер,

медицински термометър.

2.4. Гинекологичен инструментариум: спекулуми, предни и задни влагалищни валви, пинцети, корнцанги, хемостатични клампи, двузъбци, абортни щипци, иглодържател, дилататори от № 4 до № 12, като след № 7 има и половинки (т.е. 7, 7 1/2, 8, 8 1/2 и т.н.), хистерометър, кюрети, ножици, скалпели, хирургични игли, пункционни игли, спринцовка за пункционните игли с вместимост поне 20 мл, биопсична щипка.

2.5. Реактиви и консумативи: Луголов разтвор, воден разтвор на оцетна киселина, воден разтвор на калиева основа, етилов алкохол или аерозолен фиксатор за цитонамазки, цервикални шпатули и/или четчици, нестерилни полиетиленови и/или латексови ръкавици, стерилни латексови ръкавици, спринцовки и игли за еднократна употреба.

2.6. Анестезиологични инструменти и пособия: сфигмоманометър, фонендоскоп, амбу, ларингоскоп, усторазтворител, щипка за език, въздуховод, ендотрахеални тръби и водачи за тях.

## Глава XXIII

### СТРУКТУРА ЗА ПРИЕМ НА РАЖДАЩИ ЖЕНИ

1. Тази структура:

1.1. може да служи и за прием на бременни през втората половина на бременността;

1.2. е разположена на приземен етаж или сутерен, като е осигурен достъп за моторни превозни средства до входа;

1.3. е на един и същи етаж с родилната зала или е свързана с нея посредством асансьор за колички или релси за достъп с количка (мобилен стол);

1.4. се придържа към изискванията за амбулатория за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (АГ кабинет) (глава XXII), както и към следните специфични изисквания по отношение на:

1.4.1. помещенията;

1.4.2. оборудването;

1.4.3. инструментариума;

1.4.4. организацията на дейностите.

2. За структурата за прием на раждащи жени освен изискванията за помещения, амбулаторията за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (АГ кабинет) (глава XXII) се добавя и изискване за наличие на баня с душ – студена и топла вода; оттичане в централна канализация.

3. За структурата за прием на раждащи жени:

3.1. не се прилагат изискванията за наличие на:

3.1.1. колпоскоп;

3.1.2. микроскоп;

3.1.3. електрокоагулатор;

3.2. се добавя изискване за наличие на "транспортна/и количка/и".

4. За структурата за прием на раждащи жени:

4.1. не се прилагат изискванията за наличие на: двузъбци, дилататори,

хистерометър, кюрети, скалпели, игли, биопсична щипка;  
4.2. се добавя изискване за наличие на "Набор за раждане", който се състои от:

- 4.2.1. тавичка;
- 4.2.2. средна права ножица;
- 4.2.3. памук (компрес) за поддържане на перинеума;
- 4.2.4. корнцанг;
- 4.2.5. хемостатични клампи – поне 3 бр.;
- 4.2.6. пункционна игла и съответстваща (за пудендален блок).

5. В тази структура постоянно:

- 5.1. дежури акушерка;
- 5.2. се поддържа възможност да е налице лекар – специалист по АГ, до 20 min след поява на раждаща жена.

Глава XXIV

## РОДИЛНА ЗАЛА

1. Общият брой родилни легла в едно лечебно заведение с предмет на дейност родилна помощ е минимум 2.

2. Основни помещения: допустими са следните варианти – самостоятелно или в комбинация:

2.1. вариант "предзали – зала", който включва:

2.1.1. т. нар. предзала/и (помещения за водене на I период на раждането), всяка с 1 – 3 легла;

2.1.2. родилна/и зала/и (помещения за водене на II и III период на раждането):

2.1.2.1. с брой родилни легла, съответстващи на обема дейност, но не по-малко от 2;

2.1.2.2. с поне по 1 кът за реанимация на новороденото на всеки 2 родилни легла;

2.1.3. помещение/я за водене на ранния следплацентарен период;

2.2. вариант "самостоятелни родилни стаи" – помещения за водене на I – III период на раждането, всяка от тях със:

2.2.1. легло, годно да се ползва и като родилно;

2.2.2. кът за реанимация на новороденото.

3. Присъствие на близки на раждащата по време на раждането е допустимо при нейно съгласие и тяхно желание само в условия на самостоятелна родилна стая.

4. Родилната зала е разположена на един етаж или е свързана посредством асансьор за колички или релси за достъп с количка (мобилен стол) със структурна единица (звено) за:

4.1. прием на раждащи жени;

4.2. новородени;

4.3. следродови грижи.

5. Допълнителни помещения:

- 5.1. операционна/и зала/и за цезарово сечение – желателна за МБАЛ и задължителна за СБАЛАГ;
- 5.2. други помещения съгласно изискванията за операционна зала на медицински стандарт по хирургия:
  - 5.2.1. към родилната/ите зала/и;
  - 5.2.2. към операционната/ите зала/и;
- 5.3. стая за интензивно следоперативно наблюдение – задължителна, при условие че е разкрита операционна зала за цезарово сечение;
  
- 5.4. склад/ове;
- 5.5. санитарни възли – изисквания:
  - 5.5.1. всеки санитарен възел е оборудван с мивка със студена и топла вода, със или без душ, и е с оттичане в централна канализация;
  - 5.5.2. брой:
    - 5.5.2.1. поне 1 санитарен възел за всяка предзала;
    - 5.5.2.2. поне 1 санитарен възел за всеки 2 самостоятелни родилни стаи;
    - 5.5.2.3. отделен/и санитарен/и възел/и за персонала, обучаващи се и др.;
- 5.6. други (апаратни зали, помещения за персонала и др.).
6. Медицинска апаратура и пособия:
  - 6.1. ехограф с абдоминален трансдюсер;
  - 6.2. кардиотокограф:
    - 6.2.1. 1 за всеки 4 легла в предзала;
    - 6.2.2. 1 за всеки 2 родилни легла в родилна зала;
    - 6.2.3. 1 за всеки 2 самостоятелни родилни стаи;
  - 6.3. апарат за кръвно-газов анализ – за СБАЛАГ задължително е разположен в родилната зала; за МБАЛ може да се ползва такъв апарат, разположен другаде, но на територията на същото лечебно заведение;
  - 6.4. инфузионни помпи:
    - 6.4.1. 1 за всеки 4 легла в предзала;
    - 6.4.2. 1 за всеки 2 родилни легла в родилна зала;
    - 6.4.3. 1 за всяка самостоятелна родилна стая;
    - 6.4.4. 1 за всеки 2 легла за интензивно следоперативно наблюдение;
  - 6.5. специални осветителни тела:
    - 6.5.1. на всяко родилно легло – таванна лампа тип "сателит" или мобилна лампа с насочена светлина;
    - 6.5.2. в операционната зала – съгласно изискванията на медицинския стандарт по хирургия;
  - 6.6. апарат за обща анестезия;
  - 6.7. анестезиологични инструменти и пособия: сфигмоманометър, фонендоскоп, амбу, ларингоскоп, усторазтворител, щипка за език, въздуховод, ендотрахеални тръби и водачи за тях;
  - 6.8. газова инсталация;
  - 6.9. спешен шкаф;

6.10. теглилки за новородени:

6.10.1. по 1 на всеки 6 родилни легла в родилна зала;

6.10.2. по 1 на всяка самостоятелна родилна стая;

6.11. други пособия: акушерски слушалки, тазомер, стойки за трайни венозни инфузии, шивашки метър.

7. Специален инструментариум:

7.1. набори за:

7.1.1. раждане;

7.1.2. шев на меки родови пътища;

7.1.3. инструментална ревизия на матката;

7.2. пособия за екстракция на жив плод през естествените родови пътища: форцепс (ако е 1 бр. – за предпочитане е форцепс на Simpson), вакуум-екстрактор с минимум 3 размера пелоти;

7.3. инструменти за плодораздробяващи операции: перфоратор (тип Naegele/Blot), кука (тип Braun), ножица (тип Siebold), щипци (тип Gauss);

7.4. други инструменти и пособия: четириръбци, дилататори (до № 34 и по-висок), метрейринтер или балон-катетър с вместимост на балона 10 и повече мл.

8. Мивки за раждащите – със студена и топла вода и оттичане в централна канализация:

8.1. поне по 1 за всяка предзала;

8.2. по 1 във всяка самостоятелна родилна стая.

9. За помещения, апаратура, пособия и материали, свързани с диагностично-лечебни дейности по отношение на новороденото – съгласно Наредба № 4 от 2003 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неонатология".

Глава XXV

## ГИНЕКОЛОГИЧЕН СТАЦИОНАР

1. Гинекологичният стационар е разположен на един етаж или е свързан посредством асансьор за колички или релси за достъп с количка (мобилен стол) със следните подразделения:

1.1. операционна зала;

1.2. болнична стая (зала) за интензивно наблюдение.

2. Помещения:

2.1. болнични стаи;

2.2. болнична стая (зала) за интензивно наблюдение;

2.3. акушерска стая ("сестрински пост");

2.4. лекарски кабинет(и);

2.5. рапортна зала (за тази цел може да служи и някое от помещенията 2.3 – 2.4);

2.6. превързочна-манипулационна;

2.7. склад;

2.8. санитарни възли, от които поне един самостоятелен, за болничната стая (зала) за интензивно наблюдение.

### 3. Оборудване:

- 3.1. газова инсталация поне в болничната стая (зала) за интензивно наблюдение;
- 3.2. сигнална инсталация – във всички болнични стаи;
- 3.3. един или повече броя: кушетка за прегледи, гинекологичен стол, лекарствен шкаф, офис оборудване, хладилник, складово оборудване;
- 3.4. легла, поне 1 от които е с променлива геометрия;
- 3.5. нощни шкафчета (масички);
- 3.6. гинекологични инструменти – прилагат се изискванията за амбулатория за специализирана извънболнична медицинска помощ по АГ (кабинет по АГ), както и изискването за наличие на: набор за пробно абразио (за прекъсване на бременност до 13-а г.с.), набор за пункция на задния влагалищен свод, троакар(и) за парацентеза;
- 3.7. други пособия: слушалки (фонендоскопи), сфигмоманометри, термометри;
- 3.8. сейф за венена;

### 3.9. индивидуални гардеробчета за персонала;

3.10. други мебели и аксесоари съгласно необходимостта и възможностите.

### 4. Операционна зала – съгласно медицински стандарт по хирургия.

#### 5. Специфичен за АГ операционен инструментариум:

5.1. за АГ операции с горен достъп: валви на Breisky, параметрални клампи, тирбушон за матка, четиризъбци, топчеста сонда за маточна тръба (огъваема и/или твърда), др.;

5.2. за АГ операции с долен достъп: задна влагалищна валва с тежест, валви на Breisky, параметрални клампи, двузъбци, четиризъбци, хистерометър, дилататори от № 4 до № 12, като след № 7 има и половинки (т.е. 7, 7 1/2, 8, 8 1/2 и т.н.), кюрети, абортни щипци, др.

#### 6. Изисквания за хистероскопска апаратура и пособия:

6.1. хистероскоп (оптичен тубус);

6.2. трансцервикален водач;

6.3. монитор;

6.4. видеокамера;

6.5. източник на студена светлина;

6.6. устройство за дозирано нагнетяване на газ или течност в маточната кухина.

### ДЯЛ VIa

#### МИНИМАЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ОБЕЗПЕЧЕНОСТ С АПАРАТУРА

1. Минимални изисквания за обезпеченост с апаратура в акушерски структурни единици, които функционират 3 и повече години:

1.1. при I ниво – акушерски монитор (включително в родилна зала), аспирационна (вакуум) помпа; осигурена възможност съвместно с други структури да ползва: ехограф с абдоминален трансдюсер (включително в родилна зала), дефибрилатор, апарат за кръвно-газов анализ;

1.2. при II ниво – акушерски монитор (включително в родилна зала) – 2 бр.,



аспирационна (вакуум) помпа, ехограф с абдоминален трансдюсер (включително в родилна зала); осигурена възможност съвместно с други структури да ползва: ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер, дефибрилатор, апарат за кръвно-газов анализ;

1.3. при III ниво – акушерски монитор (включително в родилна зала) – 3 бр., аспирационна (вакуум) помпа – 2 бр., ехограф с абдоминален трансдюсер (включително в родилна зала), ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер, колпоскоп; осигурена възможност съвместно с други структури да ползва: лапароскоп, дефибрилатор, апарат за кръвно-газов анализ.

2. Минимални изисквания за обезпеченост с апаратура в гинекологични структурни единици, които функционират 3 и повече години:

2.1. при I ниво – аспирационна (вакуум) помпа; осигурена възможност съвместно с други структури да ползва: ехограф с абдоминален трансдюсер и дефибрилатор;

2.2. при II ниво – колпоскоп, аспирационна (вакуум) помпа; осигурена възможност съвместно с други структури да ползва: ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер, лапароскоп и дефибрилатор;

2.3. при III ниво – ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер, колпоскоп, лапароскоп, хистероскоп, аспирационна (вакуум) помпа и осигурена възможност съвместно с други структури да ползва дефибрилатор.

ДЯЛ VIII

## ИЗИСКВАНИЯ ЗА СЪСТАВЯНЕ И ВОДЕНЕ НА СПЕЦИФИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

Глава XXVI

### СЪДЪРЖАНИЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО И ДЕЙНОСТТА НА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ПО

#### АКУШЕРСТВО И/ИЛИ ГИНЕКОЛОГИЯ

1. Обща част:

1.1. идентификация на лечебното заведение, форма на собственост, субординация;

1.2. органи за управление на лечебното заведение;

1.3. задължения, отговорности и права на служителите в лечебното заведение от всички нива;

1.4. контрол и санкции.

2. Устройство:

2.1. структурни единици;

2.2. материална база на лечебното заведение; разпределението ѝ по структурни единици;

2.3. особено скъпо или уникално оборудване;

2.4. комуникации и информационно осигуряване.

3. Човешки ресурси:

3.1. щатове на пълен работен ден;

3.2. посочване на случаите, в които на служителите могат да се възлагат дейности, нефигуриращи в длъжностните характеристики.

#### 4. Дейности:

4.1. основна медицинска дейност;

4.2. други медицински дейности;

4.3. обслужващи дейности;

4.4. други дейности (учебна, научна, друга);

4.5. постоянни и временни органи (комисии, учебни курсове и др.), подпомагащи осъществяването на отделните дейности.

5. Организация на медицинската дейност:

5.1. работно време на служителите;

5.2. вертикални (йерархични) и хоризонтални (функционални) връзки;

5.3. поведение при възникнали разногласия и конфликти;

5.4. вътрешни разпоредби, регулиращи медицинската дейност.

6. Права и задължения на пациентките:

6.1. запознаване на пациентките с извлечение от този правилник;

6.2. права на пациентката:

6.2.1. право на информация;

6.2.2. право на обезболяване;

6.2.3. информирано съгласие;

6.3. други права и задължения: дневен режим, ползване на телефони, телевизори и аудиотехника, лични хранителни запаси, място за хранене, свиждане, даване сведения на близките, придружители, консултации с лекари от други звена и лечебни заведения, напускане на лечебното заведение преди изписването.

#### Глава XXVII

#### ДАННИ, ДОКУМЕНТИРАНИ ПРИ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ (ДАННИ "ВХОД")

1. Реквизити на болнична документация, попълвана при постъпване на раждаща и на гинекологично болна жена в стационар:

1.1. Приемаш лекар.

1.2. Дата и час на постъпване.

1.3. Анамнеза: menapche, менструален цикъл, първи ден на последната редовна менструация, раждания, аборти, минала гинекологична анамнеза, екстрагенитални заболявания, фамилна и друга обремененост.

1.4. От общия статус: пулс, артериално кръвно налягане, аксиларна температура.

1.5. Статус на млечните жлези.

1.6. Лабораторни, апаратни и други резултати, налични при постъпването.

1.7. Работна диагноза.

2. Реквизити на болнична документация, попълвана при постъпване на раждаща жена в стационар:

2.1. От анамнезата: къде е проследявана бременността и от какъв срок, необичайни признаци или оплаквания, признаци на родова дейност, протичане на настоящата бременност, вероятен термин на раждането, предишни раждания (дата, диагноза на раждането, телесна маса и състояние на новороденото), при

"фамилна и друга обремененост" се включват данни за многоплодна бременност.

2.2. От общия статус: телесна маса, ръст.

2.3. Клиничен акушерски статус:

2.3.1. външно акушерско изследване:

2.3.1.1. обиколка на корема;

2.3.1.2. височина на fundus uteri;

2.3.1.3. външна пелвиметрия;

2.3.1.4. резултат от приложение прийоми на Leopold;

2.3.1.5. активност и тонус на матката;

2.3.1.6. при пукнат околоплоден мехур – симптом на Henckel-Watson;

2.3.2. вътрешно акушерско изследване:

2.3.2.1. външни полови органи и влагалище;

2.3.2.2. състояние на околоплодния мехур;

2.3.2.3. при пукнат околоплоден мехур – количество, цвят и други особености на изтичащите околоплодни води;

2.3.2.4. числен израз на "pelvic score" и описание на компонентите му (с изрично обозначаване на подлежащата част и ориентацията на водеща точка/водеща линия);

2.3.2.5. други находки.

2.4. Резултат от аускултация на детски сърдечни тонове;

2.5. Акушерска ехография (по индикации).

2.6. Прогноза на раждането.

2.7. План за акушерско поведение.

3. Реквизити на болнична документация, попълвана при постъпване на гинекологично болна жена в стационар:

3.1. От анамнезата: оплаквания.

3.2. От общия статус: ректална t° (при съмнение за перитонеално дразнене).

3.3. Клиничен гинекологичен статус:

3.3.1. външни репродуктивни органи и влагалище;

3.3.2. влагалищна част на маточната шийка;

3.3.3. схема на колпоскопската находка, където се отбелязва и:

3.3.3.1. взета цитонамазка (да/не);

3.3.3.2. взета биопсия (да/не);

3.3.4. външен отвор на цервикалния канал;

3.3.5. ex utero;

3.3.6. матка;

3.3.7. аднекси и параметрии;

3.3.8. cavum Douglasi;

3.3.9. находка per rectum (по индикации).

3.4. Ехографско изследване (по преценка).

3.5. Тест за бременност (по индикации).

- 3.6. Диференциална диагноза.
- 3.7. План за изследване.
- 3.8. План за лечение.

## Глава XXVIII

### ДАННИ, ДОКУМЕНТИРАНИ ПРИ РАЖДАНЕ

#### 1. Описание на раждане през естествените родови пътища:

- 1.1. Дата и час.
- 1.2. Диагноза на раждането с изрично обозначение "мъртъв плод", ако случаят е такъв.
- 1.3. Описание на приложени акушерски намеси през периода на изгонване с прецизиране момента на извършването им и индикациите за всяка от тях.
- 1.4. Описание на новороденото (при многоплодна бременност – за всеки близък поотделно):
  - 1.4.1. живо/мъртво;
  - 1.4.2. доносно/недоносно (степен);
  - 1.4.3. пол;
  - 1.4.4. apgar-score на първата минута след раждането;
  - 1.4.5. особености.

#### 1.5. Описание на плацентарния период:

- 1.5.1. модус за израждане на плацентата;
- 1.5.2. резултат от огледа на плацентата, околоплодни ципи и пъпна връв;
- 1.5.3. тегло и два взаимноперпендикулярни диаметри на плацентата;
- 1.5.4. състояние на матката след израждане на плацентата;
- 1.5.5. описание на приложени акушерски намеси с прецизиране момента на извършването им и индикациите за всяка от тях.
- 1.6. Общо състояние и генитален статус на родилката след раждане на плацентата.
- 1.7. Описание на приложени акушерски намеси в ранния следплацентарен период с прецизиране момента на извършването им и индикациите за всяка от тях.
- 1.8. Обща майчина кръвозагуба.
- 1.9. Други данни.

#### 2. Запис в актова книга:

- 2.1. Пореден номер на раждането по актовата книга.
- 2.2. Дата и час на раждането.
- 2.3. Паспортни данни на родилката:
  - 2.3.1. имена по документ за самоличност;
  - 2.3.2. възраст;
  - 2.3.3. ЕГН;
  - 2.3.4. адрес и телефон за контакти;
  - 2.3.5. гражданско състояние.
- 2.4. Дата на постъпване в лечебното заведение.
- 2.5. Номер на "История на бременността и раждането".

- 2.6. От кого е насочена за раждане в лечебното заведение.
- 2.7. Диагноза на раждането с изрично обозначение "мъртъв плод", ако случаят е такъв.
- 2.8. Идентификационен номер на новороденото.
- 2.9. Антропометрични данни на новороденото – телесна маса, ръст, др.
- 2.10. Apgar-score на новороденото на първата минута след раждането.
- 2.11. Къде се превежда майката след напускане на родилната (операционната) зала.
- 2.12. Къде се превежда новороденото след напускане на родилната (операционната) зала.
- 2.13. Име на лекаря, водил раждането.
- 2.14. Име на акушерката, извършила акуширането.
- 2.15. Име на консултанта (ако има такъв).
- 2.16. При многоплодни раждания се номерират и попълват поотделно за всяко новородено и записите се обединяват по подходящ начин, например с математическия символ голяма скоба.

## Глава XXIX

### ДАННИ, ДОКУМЕНТИРАНИ В ОПЕРАТИВНИ ПРОТОКОЛИ

1. Реквизити на оперативен протокол, общи за гинекологични операции и цезарово сечение:
  - 1.1. Номер и дата на операцията.
  - 1.2. Към ИЗ (ИБрР) №/дата.
  - 1.3. Име на болната/бременната.
  - 1.4. Предоперативна диагноза.
  - 1.5. Операция.
  - 1.6. Имена на оперативния екип: оператор, асистент(и), анестезиолог, инструментатор.
  - 1.7. Времетраене на операцията: начало (час, минути) и край (час, минути).
  - 1.8. Достъп.
  - 1.9. Статус *in situ*:
    - 1.9.1. матка;
    - 1.9.2. аднекси;
    - 1.9.3. достъпни за експлорация коремни органи;
    - 1.9.4. друго.
  - 1.10. Ход на операцията.
  - 1.11. Кръвозагуба (мл).
  - 1.12. Дренажи.
  - 1.13. Катетри.
  - 1.14. Следоперативни назначения.
  - 1.15. Други данни.
  - 1.16. Оператор (име, подпис).

- 1.17. Консултант (ако има такъв – име, подпис).
2. Специфични реквизити на оперативен протокол за гинекологични операции:
  - 2.1. Към статуса in situ:
    - 2.1.1. асцит;
    - 2.1.2. параметрии;
    - 2.1.3. тазови и парааортални лимфни възли;
    - 2.1.4. други ретроперитонеални органи.
  - 2.2. Макроскопско описание на оперативния препарат.
3. Специфични реквизити на оперативен протокол за цезарово сечение:
  - 3.1. Уточняващи данни – вид цезарово сечение; доношеност/степен на недоношеност на новороденото; ако е родено мъртво дете, това се обозначава изрично.
  - 3.2. Към имената на екипа се добавят имената на неонатолога.
  - 3.3. Количество, цвят и други характеристики на околоплодните води.
  - 3.4. Начин на екстракция на плода.
  - 3.5. Инсерционен мястo и начин на екстракция на плацентата.
  - 3.6. Описание на новороденото и макроскопско описание на плацентата и околоплодни ципи – както при описание на раждане през естествените родови пътища.

#### Глава XXX

#### РЕКВИЗИТИ НА ДРУГА МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

1. Декларация за информирано съгласие (отказ) за подлагане на диагностично-лечебна дейност:
  - 1.1. Декларацията за информирано съгласие (отказ):
    - 1.1.1. отговаря на задължителни условия;
    - 1.1.2. се съобразява с препоръки по преценка на органите за управление на лечебното заведение.
  - 1.2. Задължителните условия включват:
    - 1.2.1. използване на думи и изрази, които са:
      - 1.2.1.1. разбираеми за пациентката;
      - 1.2.1.2. точни от медицинска гледна точка;
    - 1.2.2. обозначаване на лечебното заведение;
    - 1.2.3. нанасяне на паспортни данни за пациентката, необходими и достатъчни за:
      - 1.2.3.1. осъществяване на последващ контакт с нея или нейни близки;
      - 1.2.3.2. целите на медицинската статистика;
    - 1.2.4. назоваване на конкретната диагноза и описание на характера на заболяването;
    - 1.2.5. медицински основания за прилагането на диагностично-лечебна дейност (ДЛД);
    - 1.2.6. описание на ДЛД;
    - 1.2.7. очакваните резултати и прогнозата;

- 1.2.8. рискове от липсата на ДЛД;
- 1.2.9. алтернативи на предлаганата ДЛД;
- 1.2.10. биостатистически данни;
- 1.2.11. описание на:
  - 1.2.11.1. периода след ДЛД при липса на усложнения, включително късни последици;
  - 1.2.11.2. непосредствени, ранни и късни усложнения на ДЛД;
- 1.2.12. финансови страни на ДЛД;
- 1.2.13. формулировка на съгласие за подлагане на ДЛД;
- 1.2.14. възможност за задаване на допълнителни въпроси;
- 1.2.15. право на мотивиран отказ от ДЛД;
- 1.2.16. ако лечебното заведение е акредитирано за обучение на студенти и специализанти, изрично отбелязване на този факт.

1.3. Препоръките могат да включват в декларацията текстове, които:

- 1.3.1. поясняват понятието "информирано съгласие";
- 1.3.2. посочват имена и квалификация на членовете на екипа;
- 1.3.3. формулират съгласие за фотографиране на пациентката или на видими части от тялото ѝ;
- 1.3.4. описват съдбата на тъкани/органи след отстраняването им.

2. Данни, документирани в "История на заболяването (раждането)" преди дехоспитализация (данни "Изход"):

- 2.1. Общ статус с изрично обозначаване състоянието на:
  - 2.1.1. коремна стена, вкл. състояние на оперативната рана;
  - 2.1.2. перисталтика и дефекация;
  - 2.1.3. микция или дренаж на урината;
  - 2.1.4. раздвижване;

2.1.5. аксиларна температура;

2.1.6. пулс.

2.2. Гинекологичен статус.

2.3. Лабораторни изследвания:

- 2.3.1. хематологични изследвания;
- 2.3.2. хемостазаеологични изследвания;
- 2.3.3. други (при нужда).

2.4. Други данни (при нужда).

3. Гинекологична епикриза, издавана при дехоспитализация на болна:

- 3.1. Обозначаване на лечебното заведение, издаващо епикризата.
- 3.2. Обозначаване на структурната единица, където е било последното местопребиваване на пациентката.

3.3. Паспортни данни на пациентката.

3.4. Дата (при спешни случаи – и час) на постъпване в лечебното заведение.

3.5. Приемна диагноза:

3.5.1. основно заболяване с код по Международната класификация на болестите (МКБ); при злокачествени неоплазми – клиничен и/или TNM стадий;

3.5.2. придружаващи заболявания.

3.6. Дата (при смърт, настъпила в лечебното заведение – и час) на изписване, превеждане или смърт.

3.7. Окончателна клинична диагноза:

3.7.1. основно заболяване с код по МКБ; при злокачествени неоплазми – клиничен и TNM стадий;

3.7.2. обозначаване на проведеното лечение ("Състояние след ...") с код по МКБ;

3.7.3. усложнения с кодове по МКБ;

3.7.4. придружаващи заболявания с кодове по МКБ;

3.7.5. при смъртен изход – непосредствена причина за смъртта.

3.8. Хистологична диагноза (ако са били екстирпирани тъкани/органи).

3.9. Важни данни от:

3.9.1. анамнезата;

3.9.2. статуса при постъпването;

3.9.3. долечените лабораторни, образни и други изследвания;

3.10. Проведено лечение – с най-важните данни от декурзуса на заболяването, включително динамика на клинични, лабораторни, образни и други изследвания.

3.11. Важни данни от статуса при изписването.

3.12. Резюме на указанията за последващо лечение (режим) след изписването; срок и лечебно заведение за първи следлечебен контролен преглед.

3.13. Лекуващ лекар (име, подпис, личен печат).

3.14. Началник на структурната единица (име, подпис, личен печат).

4. Фиш за цитологично онкопрофилактично изследване на цервикални намазки:

4.1. Фишът за цитологично онкопрофилактично изследване на цервикални намазки се състои от две части: искане за изследване и резултат от изследването (отговор).

4.2. Искането съдържа следните задължителни реквизити:

4.2.1. обозначаване на изпращащия лекар;

4.2.2. кръг за нанасяне на колпоскопска находка;

4.2.3. сектор за паспортните данни на пациентката;

4.2.4. брой на изпращаните за съответната пациентка предметни стъкла;

4.2.5. дата на последната ѝ редовна менструация;

4.2.6. оценка за рисковата ѝ принадлежност в две степени (обичаен риск и повишен риск);

4.2.7. други данни;

4.2.8. дата, подпис и личен печат на изпращащия лекар.

4.3. Отговорът съдържа следните задължителни реквизити:

4.3.1. обозначаване на лабораторията;



- 4.3.2. дата на получаване на материала;
- 4.3.3. паспортни данни на пациентката;
- 4.3.4. дефиниране пригодността на намазката за онкопрофилактична цитодиагностика (подходяща/неподходяща);
- 4.3.5. обозначаване на групата по Papanicolaou (Pap ...);
- 4.3.6. ако се използва системата "Bethesda", категориите се обозначават така, че да личи на кои категории по Papanicolaou отговарят;
- 4.3.7. описание на цитологичния препарат;
- 4.3.8. дата, подпис и личен печат на цитопатолога.

## ДЯЛ IX

### НАЦИОНАЛНА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА ЗА РАЖДАНИЯТА

#### Глава XXXI

#### СЪДЪРЖАНИЕ И РЕД ЗА ВОДЕНЕ НА ИНФОРМАЦИОННАТА СИСТЕМА

1. Националният център по общественото здраве и анализи създава и поддържа на национално ниво информационна система за ражданията. Информационната система се поддържа като електронна база данни и има служебен характер.

2. В информационната система задължително се обособяват следните раздели:

2.1. Раздел "Данни за майката", в който се вписват:

- а) ЕГН/ЕНЧ;
- б) гражданство;
- в) име;
- г) възраст;
- д) настоящ/постоянен адрес;
- е) кръвна група.

2.2. Раздел "Данни за раждането", в който се вписват:

- а) термин за раждане;
- б) дата, час и минута на раждането;
- в) лечебно заведение, в което е извършено раждането;
- г) дата и час на приемане в лечебното заведение;
- д) пореден номер на раждането по класификацията на лечебното заведение;
- е) брой родени деца от това раждане, живородено/и, мъртвородено/и;
- ж) вид бременност – едноплодна, двуплодна, триплодна или многоплодна;
- з) бременност/раждане след асистирана репродукция.

2.3. Раздел "Други данни за раждането", в който се вписват:

- а) вид и механизъм на раждането:
  - аа) нормално раждане без оперативна намеса по време на или след него;
  - бб) нормално раждане с оперативна намеса по време на или след него;
  - вв) вакуум екстракция;
  - гг) плодораздробяваща операция;
  - дд) мануална екстракция при седалищно раждане;
  - ее) мануална помощ при седалищно раждане;
  - жж) раждане с форцепс;

- зз) раждане с цезарово сечение;
- б) превеждане в друго лечебно заведение;
- в) имена на водилите раждането и на другите участвали медицински специалисти, в т.ч. и на повиканите при необходимост от консултация лица, както и тяхното становище.

2.4. Раздел "Данни за новороденото", в който се вписват:

- а) идентификационен номер на новороденото/ите по класификацията на лечебното заведение;
- б) пол;
- в) тегло;
- г) ръст;
- д) обиколка на главата;
- е) АПГАР на 1 и 5 минута;
- ж) гестационна възраст – в седмици и дни;
- з) преведено в друго лечебно заведение.

3. Болниците, които осъществяват родилна помощ като част от своята дейност по силата на издаденото им от министъра на здравеопазването разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46, ал. 2 от

Закона за лечебните заведения, са длъжни да осигурят воденето на информационната система по т. 1.

4. Данните по т. 2 се вписват по електронен път лично от водилия/ите раждането в болниците по т. 3 или от определени за целта длъжностни лица в тези лечебни заведения чрез защитена връзка, като за целта той/те използва/т квалифициран електронен подпис. Вписването се извършва в срок до 3 дни от раждането/извършването на процедурата.

5. Лицата по т. 4 отговарят за достоверността на вписаната информация.