

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Основи консультування. Етика та деонтологія лікаря (код курсу 1.10)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я. Медична освіта в цілому зосередилася на підготовці лікарів для діагностики та лікування захворювань. Слід зазначити, що недостатня організація медичної допомоги є чи не основною причиною високого рівня смертності та захворюваності поряд з відсутністю клінічної компетентності та навичок. Тому дуже важливою частиною підготовки лікарів є поглиблене вивчення основ охорони здоров'я жінки-матері та організації акушерсько-гінекологічної служби. Таким чином, охорона материнства і дитинства, турбота про майбутні покоління віднесені до розряду Національних пріоритетів, таких як енергетична безпека та інші складові незалежності держави.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Поняття термінів "регіоналізація перинатальної допомоги", "перинатальний ризик".
2. Основні чинники, що загрожують здоров'ю матері та плода.
3. Рівні перинатальної допомоги в Україні.
4. Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги.
5. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги.
6. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги.
7. Перелік показань до направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».
8. Порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах направлення пацієнток, що потребують допомоги на різних рівнях акушерсько-гінекологічної служби в Україні.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Історія України та медицини	Хронологічний порядок розвитку вітчизняної медицини та організації акушерсько-гінекологічної служби на фоні політичного та економічного становлення України як незалежної держави.	

2. Соціальна медицина	Функціонування різних рівнів акушерсько-гінекологічної служби як частини соціального устрою України.	
<i>Наступні:</i>		
1. Медичне правознавство	Правові аспекти та основні конституційні положення організації медичної допомоги в Україні.	

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Основний принцип організації перинатальної допомоги. 2. Поняття перинатального ризику. 3. Чинники ризику. 4. Рівні перинатальної допомоги. 5. Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги. 6. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладів різних рівнів перинатальної допомоги.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<i>Заключний етап</i> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Система регіоналізації перинатальної допомоги

Основним принципом організації перинатальної допомоги на сучасному етапі є регіоналізація, яка базується на концепції перинатального ризику – необхідність встановлення чіткої відповідності ступеня ризику пологів для матері та дитини до реальних можливостей лікувального закладу.

Регіоналізація перинатальної допомоги передбачає розподіл системи організації медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та малюкам в Україні за трьома рівнями. Саме трирівнева система забезпечує розмежування медичної допомоги між ЗОЗ відповідно до рівнів перинатальної допомоги. Базовим поняттям до визначення рівня перинатальної допомоги є сучасний підхід до поняття перинатального ризику.

Таким чином, **регіоналізація перинатальної допомоги** базується на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до виявленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога. Такий підхід дає змогу самостійно вирішити питання організації перинатальної допомоги у регіоні та своєчасно перенаправити пацієнтів, здійснювати аналітичну, методичну та навчальну діяльність, підвищити рівень відповідальності медичних працівників.

Поняття перинатального ризику

Перинатальний ризик – це ймовірність серйозних ускладнень з боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів, у післяпологовому періоді та періоді ранньої неонатальної адаптації, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності.

Перинатальний ризик поділяють на три основні види: материнський, фетальний та поєднаний.

Під материнським перинатальним ризиком розуміють імовірність критичного стану жінки, виникнення інвалідизації, материнської смерті внаслідок важкого захворювання або його ускладнень.

Приклади: ішемічна хвороба серця, аортальний стеноз, серцева недостатність високого функціонального класу, бронхіальна астма, гемофілійні стани тощо.

Під фетальним перинатальним ризиком розуміють імовірність порушення розвитку плода, виникнення вроджених і спадкових дефектів здоров'я внаслідок різноманітних причин, іноді не пов'язаних зі станом здоров'я матері.

Приклади: трисомія 21-ї хромосоми, вживання тератогенних та/або фетотоксичних препаратів, бактеріальний вагіноз, гострий токсоплазмоз, первинна гостра герпетична інфекція, невиношування вагітності, ізоімунний конфлікт тощо.

Під поєднаним перинатальним ризиком розуміють імовірність одночасного виникнення серйозних ускладнень з боку матері і плода внаслідок певних захворювань матері.

Приклади. передгестаційний цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ціанотична вада серця, висока легенева гіпертензія, гломерулонефрит тощо.

Такий розподіл має умовний характер, але є виправданим клінічно, оскільки окремі патологічні стани обумовлюють високу небезпеку переважно для матері, інші – переважно для плода.

Оцінка ризику з визначенням його переважного виду дає змогу розробити індивідуальний план ведення вагітної з подальшим створенням для неї мультидисциплінарної команди відповідно до профілю патології та визначення місця і терміну госпіталізації, строків і способу розродження.

Динамічний ризик

Відповідно до сучасної концепції перинатальної медицини, перинатальний ризик слід оцінювати при кожному відвідуванні вагітною лікаря, а не по триместрах, як рекомендували раніше.

Саме такий підхід отримав назву *динамічного* перинатального ризику, чим підкреслюється можливість кардинальних змін індивідуального плану ведення вагітної на будь-якому етапі спостереження. Слід зазначити, що ступінь ризику може змінюватись багато разів протягом вагітності, але частіше – у бік підвищення.

На сьогодні розглядаються такі чинники ризику.

Чинники ризику

I. Соціальні:

1. Соціальна ізоляція/відсутність соціальної підтримки.
2. Небажана вагітність.
3. Пізні звернення за перинатальним наглядом (після 28 тиж.).
4. Мати-одиначка.
5. Юний вік на момент зачаття (<17 років).
6. Інтервал між пологами та настанням даної вагітності <6 міс.
7. Вживання алкоголю та/або наркотичних засобів.
8. Куріння.
9. Гестаційна депресія.
10. Насильство в родині.
11. Смерть партнера під час вагітності.
12. Втрата роботи.
13. Зміна місця мешкання.
14. Проміскуїтетна поведінка.
15. Статевий партнер у групі високого ризику щодо синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу).

II. Соціально-економічні індикатори:

1. Безробіття.
2. Низька заробітна платня
3. Низький прибуток в родині
4. Пацієнт не має змоги додатково сплачувати певні витрати.
5. Пацієнтка не має телефонного зв'язку.

III. Медичні:

A. Медичні та загальні індикатори:

1. Інфекції:
 - бактеріальний вагіноз;
 - хронічні інфекції (наприклад сечовивідних шляхів);
 - захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ);
 - вірус імунodefіциту людини (ВІЛ);
 - туберкульоз.
2. Цукровий діабет.
3. Серцево-судинні захворювання.
4. Захворювання респіраторної системи (астма).
5. Захворювання печінки.
6. Системні захворювання сполучної тканини.
7. Розлади метаболізму.
8. Ендокринна патологія.
9. Неврологічна патологія.
10. Ізоімунна тромбоцитопенія.
11. Гемоглобінопатії.
12. Тяжка анемія.

13. Вегетаріанство (інші обмеження у харчуванні).
14. Порушення харчування (блювання вагітних, анорексія).
15. Патологічний набір маси тіла.
16. Вживання потенційно тератогенних медикаментів.
17. Травми.
18. Психічні захворювання.

Б. Акушерський анамнез:

1. Синдром втрати плода.
2. Багатоплідна вагітність.
3. Народження дітей із генетичними захворюваннями.
4. Народження дитини з низькою масою тіла.
5. Передчасні пологи (<37 тиж.).
6. Передчасний розрив плодових оболонок >24 год. перед народженням, незалежно від гестаційного віку.
7. Кровотеча в терміні після 20 тиж.
8. Прееклампсія/еклампсія.
9. Структурні аномалії матки.
10. Патологічний амніотичний індекс.
11. Затримка росту плода (ЗРП).
12. Аритмії плода.
13. Неголовне передлежання.
14. Ізоімунізація.
15. Хоріоамніонит.

IV. Генетичні:

1. Вік матері: 35 років та більше на момент передбаченої дати пологів.
2. Повторні спонтанні аборти та нез'ясована загибель плода.
3. Наявність *вродженого* дефекту, хромосомної патології або генетичної хвороби (*вроджена* вада серця, синдром Дауна, м'язова дистрофія, муковісцидоз) у будь-кого з батьків, раніше народжених дітей, близьких родичів батьків.
4. Сімейний анамнез:
 - аутосомно-рецесивних хвороб (хвороба тей-сакса, таласемія тощо);
 - аутосомно-домінантних хвороб (хорея Хантингтона);
 - хвороб, зчеплених (*асоційованих*) зі статтю, X-зчеплених (*X-асоційованих*) хвороб (гемофілія).

Рівні перинатальної допомоги: заклади охорони здоров'я, критерії, обсяги

Перинатальна допомога має на меті зменшити показники материнської і малюкової захворюваності та смертності.

Перинатальна допомога розподіляється на амбулаторну та стаціонарну.

Амбулаторна перинатальна допомога, незалежно від ступеня перинатального ризику, здійснюється ЗОЗ I рівня та/або лікарями загальної практики – сімейної медицини. За необхідності жінку, яку віднесено до високого перинатального ризику, скеровують на консультацію та дистанційного спостереження до закладу III рівня або до ДПЦ – ШПАГ НАМН України, відомості про них мають бути внесені до регіонального та центрального реєстру вагітних високого ризику при першому зверненні.

Особливості перинатальної допомоги в умовах регіоналізації:

1. Розподіл акушерських стаціонарів на три рівні, кожен з яких має специфічні завдання і повноваження.

2. Динамічна оцінка ризику для кожної вагітної з визначенням рівня закладу, де має надаватись акушерська і неонатальна допомога.
3. Відповідність лікувально-діагностичних можливостей закладу ступеню перинатального ризику конкретної пацієнтки.
4. Доступність, своєчасність і безпечність перинатальної допомоги, що надається кожній вагітній.
5. Координація усієї перинатальної служби всередині регіону регіональним перинатальним центром III рівня, координація діяльності регіональних перинатальних центрів III рівня Державного перинатального центру (ДПЦ) «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук» (ІПАГ НАМН) України.

Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги

Рівень допомоги	Допомога, яка надається, можливості закладу	Коментарі
<p>I рівень (базова допомога)</p> <ul style="list-style-type: none"> • На амбулаторному (догоспітальному) етапі – фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), фельдшерський пункт, сільська лікарська амбулаторія, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, амбулаторія загальної практики/сімейної медицини, жіночі консультації, центри/кабінети планування сім'ї. • На госпітальному етапі – пологові відділення, пологові відділення центральних районних та міських лікарень 	<ul style="list-style-type: none"> • Профілактична та інформаційно-просвітницька робота (включаючи питання планування сім'ї). • Діагностика вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності. • Виявлення та скеровування вагітних з груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги. • Надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим при невідкладних станах. • Розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах. • Динамічне спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції). • На рівні первинної медико-санітарної допомоги, починаючи з фельдшерсько-акушерського пункту, має проводитися диспансерне спостереження жінок під час вагітності, надання відповідно до лікарської та лікарської допомоги, своєчасне скерування для надання спеціалізованої медичної допомоги з подальшим динамічним спостереженням у жіночих консультаціях (кабінетах) або ЗОЗ вищого рівня перинатальної допомоги та надання у них акушерсько- 	<ul style="list-style-type: none"> • Спостереження і медична допомога усім вагітним, які надійшли до ЗОЗ з подальшим виявленням пацієнток високого ризику, які мають бути переведені до ЗОЗ II та III рівнів. • Розродження пацієнток з низьким перинатальним ризиком через природні пологові шляхи, своєчасна діагностика ускладнень, які виникли у матері або плода під час пологів, проведення екстреного кесаревого розтину (КР) не пізніше ніж через 30 хв. після прийняття такого рішення. • Забезпечення цілодобової можливості загальної і регіонарної анестезії, рентгенологічного дослідження, ультразвукового дослідження (УЗД), лабораторного обстеження. • Доступність крові та її препаратів.

	гінекологічної допомоги.	<ul style="list-style-type: none"> • Післяпологовий догляд • Реанімація і стабілізація стану вагітних, породіль і новонароджених, які народились у ЗОЗ, та своєчасне консультування і виїзд бригади. • Спостереження та догляд за здоровими новонародженими аж до виписки. • Підготовка вагітної або новонародженого до транспортування до закладу III рівня.
<p>II рівень (спеціалізована)</p> <ul style="list-style-type: none"> • На амбулаторному етапі – жіночі консультації як юридична особа, так і у складі міських пологових будинків та/або міських багатoproфільних поліклінік та/або міських багатoproфільних лікарень. • На госпітальному етапі – міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у т.ч. на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень (центральных районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км. 	<ul style="list-style-type: none"> • Обсяг надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні перинатальної допомоги. • Надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступенів акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла ≥ 1500 г (термін гестації ≥ 34 тиж.). • У ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше трьох ліжок. • Якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на III рівні надання медичної допомоги, необхідно стабілізувати їх стан та викликати спеціалізований транспорт (спеціалізовану лікарську бригаду) з ЗОЗ вищого рівня для переведення вагітної та/або роділлі та/або породіллі та/або новонародженого. • На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога надається у відділенні патології вагітних, пологовому відділенні з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, відділенні неонатального догляду та лікування 	<ul style="list-style-type: none"> • Плановий КР жінкам з не оперованою раніше маткою або одним КР в анамнезі. • Стабілізація стану тяжкохворих до транспортування • Лікування хворих новонароджених середнього ступеня тяжкості, недоношених новонароджених у терміні понад 34 тиж. • Забезпечення базової допомоги. • Допомога вагітним з високим перинатальним ризиком.

	новонароджених лікарні інтенсивного лікування.	
<p>III рівень регіональний перинатальний центр (високоспеціалізована)</p> <ul style="list-style-type: none"> • До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний (республіканський Автономної Республіки Крим) перинатальний центр або міський перинатальний центр (міст Києва та Севастополя) як юридична особа, так і організаційно-структурна модель, створена із залученням окремих структурних підрозділів закладів охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги. • Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю, яка визначається потребою у високоспеціалізованій перинатальній допомозі, в розрахунку 1 на 7 000–10 000 пологів, крім м. Севастополя. 	<ul style="list-style-type: none"> • Надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів) та новонародженим з масою тіла <1500 г і терміном гестації <34 тиж., у т.ч. новонародженим із критично низькою вагою при народженні незалежно від патології. • Надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у т.ч. з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги. • Взаємодія з іншими ЗОЗ. • У ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. 	<ul style="list-style-type: none"> • Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу. • Транспортування матері та новонародженого із закладів нижчого рівня. • Аналіз і оцінка результатів діяльності перинатальної служби в регіоні. • Розробка і забезпечення місцевих (регіональних) програм освіти населення з питань репродуктивного здоров'я, навчання медичних працівників базового і спеціалізованого рівнів надання перинатальної допомоги. • Створення і постійна підтримка регіонального реєстру вагітних високого ризику. • Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу. • Дистанційне консультування в режимі on-line.

		<ul style="list-style-type: none"> • Навчання спеціалістів ЗОЗ, які надають перинатальну допомогу.
--	--	---

Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги

I. Акушерська патологія:

1. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 35–36 тиж.
2. Передчасні пологи в терміні 35–36 тиж.
3. Преєклампсія легкого ступеня.
4. Спонтанна двійня.
5. Низьке прикріплення плаценти.
6. Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги
7. Рубець на матці після одного КР.
8. Сідничне передлежання плода (без інших акушерських ускладнень).

II. Екстрагенітальна патологія:

1. Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність 0 або I ступеня.
2. Гестаційний цукровий діабет інсулінонезалежний.
3. Ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози.
4. Захворювання нирок без порушення функції та без артеріальної гіпертензії.
5. Захворювання гепатобіліарної системи без порушення функцій печінки.
6. Доброякісні новоутворення без істотних клінічних проявів.
7. Неврологічна патологія (за наявності висновку спеціаліста щодо відсутності показань до направлення на III рівень).
8. Легеневі захворювання без дихальної недостатності.
9. Доброякісні захворювання системи крові (за винятком патології згортувальної системи крові).

III. Стани плода:

1. Необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики.

Вроджені вади розвитку плода, які не потребують анте- або негайного постнатального хірургічного втручання.

Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги

I. Акушерська патологія:

1. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 22–34 тиж.
2. Передчасні пологи в терміні 22–34 тиж.
3. Преєклампсія середнього та важкого ступенів.
4. Багатоплідна вагітність (крім неускладненого перебігу вагітності при спонтанній двійні).
5. Передлежання плаценти.
6. Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги.
7. Заплановані вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці.
8. Два і більше КР в анамнезі.

II. Екстрагенітальна патологія:

1. Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність II або III ступенів.

2. Цукровий діабет, у т.ч. гестаційний інсулінозалежний.
3. Ендокринна патологія з порушенням функцій.
4. Захворювання нирок з порушенням функцій та/або наявністю артеріальної гіпертензії.
5. Дифузні захворювання печінки.
6. Онкологічна патологія.
7. Неврологічна патологія.
8. Легеневі захворювання, ускладнені дихальною недостатністю.
9. Захворювання згортувальної системи крові.
10. Системні захворювання сполучної тканини.

III. Стани плода:

1. Необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики.
2. Природжені вади розвитку плода, які потребують анте- або постнатального хірургічного втручання.
3. Ізоімунний конфлікт.
4. ЗРП.

IV. Стани новонародженого:

1. Недоношеність (до 32 тиж.).
2. Маса тіла менше 1500 г.
3. Дихальні розлади, які потребують тривалої, у тому числі високочастотної, респіраторної підтримки.

Стани, що потребують невідкладної хірургічної корекції.

Перелік показань до направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

I. Екстрагенітальна патологія вагітних:

1. Загальні показання:

- необхідність вирішення питання про можливість виношування вагітності мультидисциплінарним консилиумом (до 12 тиж.);
- наявність у вагітної захворювання, що згідно постанови кабінету міністрів України від 15.02.2006 р. № 144 є підставою для переривання вагітності у пізньому терміні (12–22 тиж.) у разі відмови від проведення переривання;
- стан після хірургічного лікування будь-яких екстрагенітальних захворювань, що проведено в установах НАМН України під час теперішньої вагітності за їх рекомендацією;
- необхідність розродження в умовах високоспеціалізованої мультидисциплінарної допомоги.

2. Хвороби системи кровообігу:

- серцева недостатність ПА і вище стадії;
- функціональний клас за NYHA III і IV;
- ціаноз;
- гемодинамічно значущі порушення серцевого ритму;
- артеріальна гіпертензія III ступеня;
- коронарна патологія при неможливості надання допомоги на III рівні;
- аневризми аорти і крупних артерій;
- легенева гіпертензія II і III ступенів;

3. Хвороби дихальної системи:

- легенева недостатність II і III ступенів;
- патологія, що обумовлює загрозу пневмотораксу;
- хронічні бронхолегеневі хвороби з високою легеневою гіпертензією.

4. Новоутворення:

- новоутворення будь-якої локалізації злоякісної природи чи зі злоякісним клінічним перебігом;
 - системні пухлинні захворювання;
 - гемобластози.
4. Хвороби нирок і сечовидільної системи:
- гострий гломерулонефрит при неможливості надання допомоги на III рівні;
 - хронічна хвороба нирок III і вище стадії;
 - вазоренальна гіпертензія;
 - стан після трансплантації нирки.
5. Хвороби крові й кровотворних органів:
- залізодефіцитна анемія тяжкого ступеня;
 - інші види анемії (апластична, В₁₂-дефіцитна, гемолітична тощо);
 - ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;
 - вторинні тромбоцитопенії тяжкого ступеня (тромбоцити $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$);
 - дезагрегаційна тромбоцитопатія;
 - будь-які інші гемофілічні стани;
 - вроджені і набуті тромбофілії.
6. Хвороби органів травлення:
- дифузні захворювання печінки з портальною гіпертензією, або гепатоцелюлярною недостатністю, або з холестатичним чи цитолітичним синдромом;
 - хронічні шлунково-кишкові захворювання, що обумовлюють небезпеку для здоров'я під час вагітності або пологів;
 - спленомегалія із симптомами гіперспленізму.
8. За захворювання центральної і периферичної нервової системи:
- будь-які захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, за місцем мешкання потребують лікування або розродження у ДПЦ.
9. Ендокринні хвороби:
- цукровий діабет 1-го і 2-го типів з важкими хронічними ускладненнями;
 - хронічна наднирникова недостатність;
 - гіперальдостеронізм;
 - хвороба та синдром Іценка-Кушинга;
 - феохромоцитома;
 - гіперпаратиреоз, гіпопаратиреоз;
 - ендокринні захворювання у поєднанні із захворюваннями порушення обміну речовин, рідкісними формами.
10. Інші екстрагенітальні захворювання:
- будь-які не перелічені вище захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, обумовлюють загрозу життю жінки під час вагітності або пологів.
- II. Акушерська і гінекологічна патологія у вагітних у поєднанні з важкою екстрагенітальною патологією.
- III. Патологія плода:
- необхідність інвазивної пренатальної діагностики;
- Вроджені вади розвитку, фетальні синдроми, що потребують хірургічної корекції в ранньому неонатальному періоді.

Порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів

Акушерська допомога

1. Рішення про необхідність переведення вагітної, роділлі або породіллі до лікарні вищого рівня приймає відповідальний лікар скеровуючого закладу на підставі переліку

відповідних показань локального протоколу (після узгодження з адміністрацією лікарні та відповідальним лікарем вищого ЗОЗ або головним спеціалістом регіону).

2. Вагітну, роділлю або породіллю у тяжкому або критичному стані, а також у стані середньої тяжкості транспортують силами виїзної консультативної акушерської бригади закладу III рівня надання допомоги.

3. За наявності відповідних показань до переведення вагітної, роділлі або породіллі до лікарні вищого рівня викликають транспортну бригаду з відповідного перинатального центру III рівня.

4. Механізм виклику транспортної бригади може різнитися в окремих областях (регіонах) і має забезпечувати безпосередній контакт лікаря, який здійснює виклик, з відповідальним фахівцем закладу III рівня, який вирішує питання транспортування і госпіталізації пацієнтів.

Викликаючи транспортну бригаду, відповідальний лікар скеровуючого закладу повинен:

- надати лікарні III рівня інформацію про пацієнта й отримати консультацію щодо діагностичних і лікувальних заходів, які потрібно виконати до приїзду бригади;
- погодити склад бригади для транспортування, необхідність додаткових медикаментів, препаратів крові, обладнання й обсяг допомоги при підготовці до самого транспортування;
- вид медичного транспорту;
- можливий обсяг допомоги під час транспортування;
- час доставки бригади на місце.

Факт і час виклику транспортної бригади зазначається у медичній документації (історія пологів 096/о) і «Журналі реєстрації прийому викликів та їх виконання відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги» (облікова форма №117/о).

Жінку, яка не потребує підтримки життєвих функцій, можна транспортувати силами скеровуючого закладу в супроводі медичного персоналу за наявності:

- медичного транспортного засобу;
- обладнання для надання реанімаційної допомоги під час транспортування;

навичок у супровідного медичного персоналу надання реанімаційної допомоги.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Дайте визначення термінів "регіоналізація перинатальної допомоги", "перинатальний ризик".
2. Які основні чинники, що загрожують здоров'ю матері та плода?
3. Які існують рівні перинатальної допомоги в Україні?
4. Які функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги?
5. Який перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги?
6. Який перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги?
7. Який перелік показань до направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»?
8. Який порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення рівня надання медичної допомоги.

2. Оцінити результати лабораторних досліджень для визначення рівня надання медичної допомоги.
3. Опрацювати нормативно-правові документи.

Тестові завдання

1. Для ефективного управління системою охорони здоров'я важливо виділити основні ієрархічні рівні управління. Які рівні управління має охорона здоров'я в Україні?

- A. Базовий, регіональний, державний*
- B. Регіональний, обласний, районний
- C. Міський, обласний, сільський
- D. Базовий, державний
- E. Обласний, регіональний

2. До першого рівня надання стаціонарної акушсько-гінекологічної допомоги відносяться?

- A. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.*
- B. Районні лікарні, центральні районні лікарні і акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово.
- C. Міські, обласні пологові будинки, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; ППАГ АМН України.

3. До другого рівня надання стаціонарної акушсько-гінекологічної допомоги відносяться?

- A. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.
- B. Районні лікарні, центральні районні лікарні і акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. *
- C. Міські, обласні пологові будинки, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; ППАГ АМН України.

4. До третього рівня надання стаціонарної акушсько-гінекологічної допомоги відносяться?

- A. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.
- B. Районні лікарні, центральні районні лікарні і акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово.
- C. Міські, обласні пологові будинки, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; ППАГ АМН України. *

5. Заклади I рівня надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги забезпечують:

А. Розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим, цілодобове чергування анестезіолога (вдома).*

В. Розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги, надання медичної допомоги новонародженим масою тіла >1800 г (термін гестації \geq 34 тижні), які мають захворювання без значних порушень життєвих функцій.

С. Розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим, надання медичної допомоги новонародженим вагою \leq 1800 г і терміном гестації \leq 33 тижні незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим із важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

6. Заклади II рівня надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги забезпечують:

А. Розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим, цілодобове чергування анестезіолога (вдома).

В. Розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги, надання медичної допомоги новонародженим масою тіла >1800 г (термін гестації \geq 34 тижні), які мають захворювання без значних порушень життєвих функцій.*

С. Розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим, надання медичної допомоги новонародженим вагою \leq 1800 г і терміном гестації \leq 33 тижні незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим із важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

7. Заклади III рівня надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги забезпечують:

А. Розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим, цілодобове чергування анестезіолога (вдома).

В. Розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги, надання медичної допомоги новонародженим масою тіла >1800 г (термін гестації \geq 34 тижні), які мають захворювання без значних порушень життєвих функцій.

С. Розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим, надання медичної допомоги новонародженим вагою \leq 1800 г і терміном гестації \leq 33 тижні незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим із важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.*

8. Що НЕ відноситься до переліку медичних показань для направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги?

- A. Передчасні пологи в терміні 35–36 тиж.
- B. Рубець на матці після одного КР.
- C. Прееклампсія середнього ступеня.*
- D. Ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози.
- E. Доброякісні новоутворення без істотних клінічних проявів.

9. Що НЕ відноситься до переліку медичних показань для направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги?

- A. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 35–36 тиж.*
- B. Передчасні пологи в терміні 22–34 тиж.
- C. Легеневі захворювання, ускладнені дихальною недостатністю.
- D. Захворювання згортувальної системи крові.
- E. Два і більше КР в анамнезі.

10. Що НЕ відноситься до переліку показань для направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»?

- A. Артеріальна гіпертензія II ступеня.*
- B. Гемобластози.
- B. Патологія, що обумовлює загрозу пневмотораксу.
- D. Цукровий діабет 1-го і 2-го типів з важкими хронічними ускладненнями.
- E. Хвороба та синдром Іценка-Кушинга.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . При терміні гестації 32 тижні у першовагітної почались перейми через 10-15 хвилин, по 15-20 сек. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 145/хв. При піхвовому дослідженні шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко розкрите на 1,5 см, плідний міхур цілий, передлежить голівка, виділення слизові, температура тіла 36,5°C. У крові: без відхилень. У мазку з піхви 4-5 лейкоцитів у п/з.

Запитання :

1. Вкажіть діагноз?
2. На якому рівні слід надавати допомогу в даному випадку?
3. Яка тактика ведення вагітності?

Задача 2. Повторнороджуюча 26 років, прибула в пологове відділення у зв'язку з вагітністю 36 тижнів та початком пологової діяльності. 2 години тому відійшли навколоплідні води. Положення плоду повздовжнє, головне передлежання. ОЖ – 100 см, ВДМ – 42 см. Перейми через 4-5 хвилин, по 25 секунд. При внутрішньому акушерському обстеженні: шийка матки сглажена, відкриття 4 см. Плодового міхура немає. Головка плоду притиснута до входу в малий таз.

Запитання :

1. Ваш діагноз?
2. На якому рівні слід надавати допомогу в даному випадку?
3. Яка тактика ведення вагітності?

Еталони відповідей на ситуаційні задачі:

Задача 1.

1. Вагітність I, 32 тижні. Передчасні пологи, I період.
2. В даному випадку акушерсько-гінекологічна допомога надається на III рівні.
3. Токоліз. Профілактика дистрес-синдрому плоду.

Задача 2.

1. Вагітність II, 36 тижнів. Пологи II, I період. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Первинна слабкість пологової діяльності.
2. В даному випадку акушерсько-гінекологічна допомога надається на II рівні.
3. Стимуляція пологової діяльності окситоцином.

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Основи охорони здоров'я жінки-матері та організація акушерсько-гінекологічної служби в Україні»

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.- 720 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Васси, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев,2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
8. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
10. Наказ МОЗ України №539 від 4.08.2006р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".
11. Основи права і законодавства в охороні здоров'я; підручник /Л. Є. Братанюк, - К. Медицина 2010. - 544 с
12. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.

Методичну розробку лекції підготував зав. кафедри акушерства і гінекології № 2 професор В.К.Ліхачов.

10.09.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 2 від 22 вересня 2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.