

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

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ  
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ  
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Показання до консультування вагітних акушером-гінекологом, транспортування вагітних.</b>  (код курсу 7.2)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин 2

### **I. Науково-методичне обґрунтування теми**

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною учбової програми ПАЦ курсу за фахом «акушерства та гінекології». Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу лікування та профілактики гінекологічних захворювань, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини.

### **II. Навчально-виховні цілі**

*Для формування умінь лікар-курсант повинен знати:*

1. Зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної.
2. Ознаки вагітності.
3. Схему обстеження вагітної.
4. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
5. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.
6. Ведення вагітних сімейним лікарем.
7. Показання до направлення вагітної до акушер-гінеколога.
8. Загрозливі симптоми.
9. Показання до направлення а консультацію на II та III рівень.
10. Основні принципи транспортування вагітних
11. Правила транспортування.

*У результаті проведення семінару курсант повинен вміти:*

1. Оцінювати фактори ризику патологічного перебігу вагітності.
2. Проводити обстеження вагітних.
3. Розробляти план ведення вагітних із патологічними змінами в аналізах.
4. Виявити і направити вагітну для консультації на II та III рівень.
5. Транспортувати вагітну.

### **III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця**

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

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

### **IV. Міждисциплінарна інтеграція:**

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні дисципліни</b>		
Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
<b>II. Наступні дисциплін</b>		
Неонатологія	Недоношені діти	Профілактика недоношеності
Біохімія	Білки вагітності	Інтерпретувати результати обстеження

### **V. Зміст теми семінарського заняття**

#### **Основні функції закладу охорони здоров'я, який направляє пацієнтку**

1. Своєчасне визначення показань до транспортування.
2. Своєчасні інформування приймаючого закладу охорони здоров'я і виклик виїзної акушерсько-гінекологічної бригади (інформація (усна і письмова), що передається у заклад охорони здоров'я, куди переводиться пацієнтка, має бути чіткою і вичерпною).

3. Стабілізація стану пацієнтки, виконання всіх необхідних заходів до моменту приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади.

4. Оформлення перевідних документів (інформація щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4)): повні дані анамнезу; об'єктивні дані; результати додаткового обстеження; деталі й ефективність медичного лікування (зокрема дози і час останнього введення ліків).

5. Надання необхідної медичної допомоги персоналом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади від моменту її приїзду.

6. Порядок взаємодії між закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги:

у разі виникнення критичних станів у стаціонарі закладу охорони здоров'я лікуючий лікар, завідувач відділення або відповідальний черговий лікар викликає лікаря-анестезіолога; терміново повідомляється керівник стаціонару закладу охорони здоров'я, головний акушер-гінеколог відповідної адміністративно-територіальної одиниці про пацієнтку, яка знаходиться в критичному стані;

за наявності відповідних показань до переведення вагітної, роділлі або породіллі до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги терміново інформують КДЦ та узгоджують питання лікування і транспортування (карта транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі та породіллі) (додаток 3).

7. Механізм виклику виїзної акушерсько-гінекологічної бригади може різнитися в окремих адміністративно-територіальних одиницях і має забезпечувати безпосередній контакт лікаря, який здійснює виклик, з відповідальним спеціалістом закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги, який вирішує питання транспортування і госпіталізації пацієнтів.

8. Викликаючи виїзну акушерсько-гінекологічну бригаду, відповідальний лікар скеровуючого закладу охорони здоров'я повинен:

надати закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги інформацію про пацієнтку й отримати консультацію щодо діагностичних і лікувальних заходів, які потрібно виконати до приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади;

надати пропозиції щодо складу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади для транспортування, необхідності додаткових медичних препаратів, препаратів крові, обладнання й обсягу медичної допомоги при підготовці до самого транспортування; щодо можливого обсягу медичної допомоги під час транспортування; щодо часу доставки пацієнтки виїзною акушерсько-гінекологічною бригадою на місце;

факт і час виклику виїзної акушерсько-гінекологічної бригади зазначити в медичній документації (форма № 096/о «Історія пологів», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року № 184; форма № 117/о «Журнал реєстрації прийому викликів та їх виконання відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 197).

9. Заступник головного лікаря терміново повідомляє про критичну ситуацію головного лікаря, головних спеціалістів (акушера-гінеколога, анестезіолога) місцевих органів з питань охорони здоров'я та скликає консилиум лікарів для визначення тактики лікування, а також організовує забезпечення необхідними лікарськими засобами, кровозамінниками та компонентами крові.

10. Лікарі закладу охорони здоров'я, що направляє, за рішенням консилиуму надають невідкладну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів діагностики і лікування та з урахуванням рекомендацій, отриманих від консультантів КДЦ під час дистанційного консультування.

11. Виїзна акушерсько-гінекологічна бригада разом зі спеціалістами закладу охорони здоров'я, що направляє, оцінює стан жінки, продовжує надання невідкладної медичної

допомоги, визначає показання і необхідність щодо транспортування на вищий рівень та готує жінку до транспортування.

12. Рішення про необхідність транспортування вагітної, роділлі або породіллі до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги приймається консилиумом лікарів скеровуючого закладу охорони здоров'я та лікарями КДЦ (після узгодження із закладом охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги або головним спеціалістом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій).

13. У разі виникнення раптової загрози життю пацієнтки під час її перевезення виїзна акушерсько-гінекологічна бригада доставляє її до найближчого визначеного оперативно-диспетчерською службою закладу охорони здоров'я, який може надати таку допомогу.

14. У разі неможливості транспортування пацієнтки виїзна акушерсько-гінекологічна бригада надає невідкладну медичну допомогу на місці та проводить усі заходи для стабілізації стану пацієнтки.

### **Клінічні аспекти транспортування вагітних, роділь та породіль**

1. На етапі підготовки до транспортування та під час перевезення вагітних, роділь та породіль необхідно здійснювати:

оцінку стану жінки і плода та ретельний їх моніторинг;

проведення необхідного медикаментозного чи хірургічного лікування;

проведення дистанційної консультації в КДЦ та узгодження переведення пацієнтки у заклад охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги.

2. На етапі дотранспортної підготовки необхідно:

1) оцінити загальний стан пацієнтки (свідомість, артеріальний тиск, пульс, частоту дихання, сатурацію, наявність «небезпечних станів»). Можуть бути оцінені додаткові параметри стану жінки, якщо цього вимагає специфіка наявної супутньої патології;

2) встановити строк вагітності та життєздатність плода. Оцінити акушерську ситуацію (перейми, структурні зміни та розкриття шийки матки, стан плодового міхура, передлегла частина плода) та вірогідність народження дитини під час транспортування. Оцінити стан плода – кардіотокографія (далі – КТГ);

3) здійснити катетеризацію 1-2 кубітальних вен (катетер 16 G) залежно від клінічної ситуації та існуючих ризиків;

4) провести дистанційну консультацію з КДЦ, узгодити і, за потреби, скорегувати тактику лікування, вирішити питання щодо необхідності транспортування та залучення виїзної акушерсько-гінекологічної бригади перинатального центру для транспортування пацієнтки (якщо цього вимагає стан пацієнтки). Заповнити розділ А карти транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 3);

5) повідомити про рішення щодо транспортування пацієнтки районного, або міського, або обласного акушера-гінеколога і заклад охорони здоров'я, з якого транспортується пацієнтка;

6) заповнити розділ А інформації щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4).

3. На етапі транспортування:

1) транспортування здійснюється спеціалізованим медичним транспортом у супроводі виїзної акушерсько-гінекологічної бригади у лежачому або зручному для жінки положенні, виходячи з її стану;

2) моніторинг загального стану жінки з урахуванням наявної супутньої патології (гемодинамічні показники: тиск, пульс, ЦВТ, температура, ЧД, сатурація, імовірний об'єм крововтрати) не рідше ніж кожні 30 хвилин;

3) моніторинг стану плода шляхом періодичної аускультативної (не рідше ніж кожні 20 хвилин);

4) моніторинг частоти та тривалості переймів.

4. За наявності ускладнень вагітності або супутньої екстрагенітальної патології до дій, що описані в базовій медичній допомозі, необхідно забезпечувати специфічні втручання (залежно від екстрагенітальної патології), спрямовані на стабілізацію стану жінки на етапі дотранспортної підготовки та транспортування.

5. Клінічні аспекти до транспортування:

1) латентна фаза пологів при доношеній вагітності за наявності показань до транспортування на III рівень надання медичної допомоги (тяжка екстрагенітальна патологія тощо).

На етапі дотранспортної підготовки:

переконатися, що жінка не в активній фазі першого періоду пологів та вірогідність народження дитини під час транспортування є низькою;

за наявності тяжкої екстрагенітальної патології та підозри на декомпенсацію залучити фахівця відповідного профілю для більш точної оцінки стану жінки та надання медичної допомоги.

На етапі транспортування:

транспортування жінки здійснювати силами виїзної акушерсько-гінекологічної бригади із залученням (за необхідності) відповідного спеціаліста залежно від екстрагенітальної патології;

2) надмірна блювота вагітних.

На етапі дотранспортної підготовки та транспортування:

крапельне введення кристалоїдів (натрію хлорид 0,9 % 500 мл), швидкість введення – залежно від ступеня дегідратації;

додати будь-який з таких препаратів (у порядку перевіреної безпеки до плода): ондансетрон по 2-4 мг кожні 6-8 годин або 8 мг кожні 12 годин для внутрішньом'язової ін'єкції (далі – в/м), або аміназин від 10 до 25 мг кожні 4-6 годин в/м, або від 50 до 100 мг кожні 4-6 годин «per rectum», або прометазин від 12,5 до 25 мг кожні 4-6 годин в/м, або метоклопрамід від 5 до 10 мг кожні 8 годин в/м;

3) прееклампсія, еклампсія.

На етапі дотранспортної підготовки та транспортування:

антигіпертензивна терапія;

помірна гіпертензія (АТ 140 – 159/90 – 109 мм рт. ст.):

у жінок без супутніх захворювань слід підтримувати систолічний АТ на рівні 130-155 мм рт. ст. та діастолічний АТ на рівні 80-105 мм рт. ст. Нижче цих показників тиск знижувати не можна, оскільки це може супроводжуватися погіршенням матково-плацентарного кровоплину;

у жінок із супутніми захворюваннями слід підтримувати систолічний АТ на рівні 130-139 мм рт. ст. та діастолічний АТ на рівні 80-89 мм рт. ст. Нижче цих показників тиск знижувати не можна, оскільки це може супроводжуватися погіршенням матково-плацентарного кровоплину;

4) гіпертонічний криз (систолічний АТ > 160 мм рт. ст. або діастолічний АТ  $\geq$  110 мм рт. ст.):

АТ має бути знижений до показників: систолічний – < 160 мм рт. ст. та діастолічний – < 110 мм рт. ст.;

препаратами першого ряду можуть бути: центральні альфа-2 адреноагоністи, бета-1 селективні адреноблокатори, антагоністи кальцію;

антагоністи кальцію та магnezія можуть використовуватися одночасно;

5) профілактика судом:

на етапі дотранспортної підготовки та транспортування проводиться профілактика судом у вагітних з прееклампсією помірного ступеня важкості та тяжкою;

для профілактики судом використовують розчин сульфату магнію. Стартова доза MgSO<sub>4</sub> становить 4 г у перерахунку на суху речовину або 16 мл 25 % розчину розведеного ізотонічним розчином 34 мл натрію хлориду (взяти 3 шприци на 20 мл і набрати у кожний по 5 мл 25 % магnezії та 10 мл фізіологічного розчину. Вводити повільно, протягом 15-20 хвилин, у разі еклампсії – протягом 5 хвилин).

Схема підтримуючої терапії: 7,5 г сульфату магнію (30 мл 25 % розчину MgSO<sub>4</sub>) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9 % ізотонічного розчину натрію хлориду. Отриманий 3,33 % розчин сульфату магнію вводять крапельно повільно. Швидкість введення розчину підбирають відповідно до стану вагітної, від 1 г/год. (10-11 кр./хв. – 33,33 мл/год.) до 2 г/год. (22 кр./хв. – 66,66 мл/год.) або 3 г/год. (33 кр./хв. – 100 мл/год.).

Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магнію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магнезіальної терапії приймають на підставі оцінки ознак токсичності сульфату магнію (зниження частоти дихання до 14 за 1 хвилину і менше або пригнічення колінних рефлексів чи поява олігурії менше 50 мл/год.). При передозуванні магнезії вводять антидот – 10 мл 10 % глюконату кальцію. Транспортування хворих з вираженим гіпертензивним синдромом, симптомами набряку головного мозку, порушенням зору, дихальної недостатності, анурією проводиться виїзною реанімаційною акушерсько-гінекологічною бригадою;

б) гострий живіт в акушерстві.

На етапі дотранспортної підготовки:

клініко-лабораторне обстеження в межах можливостей закладу охорони здоров'я та оцінка в динаміці;

при вираженій інтоксикації – крапельна інфузія кристалоїдних розчинів (0,9 % розчин NaCl, розчин Рінгера тощо). Об'єм та швидкість інфузії визначаються індивідуально;

рішення про транспортування вагітної з гострим животом на більш високий рівень допомоги приймається спільно акушером-гінекологом та хірургом.

На етапі транспортування:

при нападах жовчно-кам'яної або ниркової коліки допустимо введення спазмолітиків; за наявності ішемії фіброматозного вузла, гострого панкреатиту – знеболення;

внутрішньовенна крапельна інфузія кристалоїдних розчинів (0,9 % розчин NaCl, розчин Рінгера тощо). Об'єм та швидкість інфузії визначаються індивідуально;

госпіталізація в хірургічний стаціонар багатопрофільного закладу охорони здоров'я;

7) високий ризик передчасних пологів (передчасного розродження).

На етапі дотранспортної підготовки:

введення першої дози дексаметазону (6 мг в/м) зі схеми профілактики респіраторного дистрес-синдрому новонароджених. За наявності переймів проводиться гострий токоліз (гініпрал, ніфідипін) відповідно до токолітичної терапії на етапі дотранспортної підготовки та транспортування (додаток 5);

при підозрі на передчасний розрив плодових оболонок (далі – ПРПО): визначення орієнтовного часу розриву плодових оболонок за даними анамнезу та огляд шийки матки у дзеркалах (для діагностики та підтвердження відходження навколоплідних вод). Призначення першої дози антибіотикопрофілактики згідно з настановами, проте за 4-6 годин до передбаченого розродження.

На етапі транспортування здійснюється продовження токолітичної терапії (додаток 5);

8) травма вагітної.

На етапі дотранспортної підготовки:

травмована вагітна жінка потребує невідкладної госпіталізації в реанімаційне відділення закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги для ретельного моніторингу, з викликом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади на місце;

вагітні жінки (особливо після 20 тижнів вагітності) не повинні бути в горизонтальному положенні лежачи на спині, якщо це можливо. 15-градусний клин повинен бути поміщений під правий бік таза жінки для створення лівого бокового нахилу (профілактика синдрому нижньої порожнистої вени);

якщо стан матері стабілізовано, а стан плода залишається незадовільним, розродження проводиться тільки якщо плід є життєздатного гестаційного віку, є необхідні навички у медичного персоналу та ресурси для проведення розродження. Якщо строк вагітності є невизначеним, то необхідно провести термінове ультразвукове дослідження разом з консультацією лікаря-акушера-гінеколога на місці;

якщо необхідно рентгенологічне дослідження травми, воно має бути виконано незалежно від строку вагітності при екрануванні матки;

достовірними показниками травми матки є: нез'ясовна вагінальна кровотеча, аномалії серцевого ритму плода, шок у матері нез'ясованої етіології; наявність болю в животі не завжди є надійним показником маткової/плацентарної травми;

травмованим вагітним з Rh (D) негативним типом крові, без попереднього титру анти-D антитіл необхідно призначити Rh (D) імуноглобулін у такій дозі:

250 МЕ: перший триместр (< 13 тижнів гестації);

625 МЕ: другий та третій триместри (≥ 13 тижнів), перший триместр при багатоплодовій вагітності;

якщо можливо (за наявності ресурсів) проведення кардіотокографічного дослідження (КТГ), його слід розпочинати, коли стан пацієнтки стабілізується, якщо строк вагітності 23 і більше тижнів. Дані КТГ повинні реєструватися протягом 10 хвилин на годину;

9) критичні стани, за яких транспортування недоцільне або тимчасово неможливе.

З боку вагітної, роділлі, породіллі:

термінальний стан;

кінець першого або другий період пологів;

шокові стани (до стабілізації стану);

еклампсія;

кровотеча під час вагітності, що потребує термінового розродження;

неконтрольована кровотеча зі статевих шляхів під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді;

судомний синдром.

З боку плода:

строк гестації новонародженого < 24 тижнів або з масою тіла < 500 г (за умови відсутності затримки розвитку плода (далі – ЗРП);

вади розвитку, які не підлягають хірургічній корекції або несумісні з життям.

Загальні (тимчасові):

небезпечні для транспортування погодні умови;

відмова жінки, її родичів або батька дитини від транспортування. У цьому випадку, виходячи з інтересів пацієнтки, рішення щодо транспортування приймає консилиум у складі завідувача відділення скеровуючого закладу охорони здоров'я, лікуючого лікаря, лікаря(ів) виїзної акушерсько-гінекологічної бригади і представника скеровуючого закладу охорони здоров'я (за потреби).

### **Основні функції медичного персоналу закладу охорони здоров'я, який приймає вагітну, роділлю та породіллю**

1. Готовність до надання невідкладної медичної допомоги.

2. Консультування медичного персоналу скеровуючого закладу охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги пацієнтці до приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади.

3. Своєчасне і безпечне транспортування пацієнтки.

4. Підтримання зв'язку та інформування персоналу скеровуючого закладу охорони здоров'я про стан пацієнтки.

5. Заходи щодо стабілізації стану пацієнтки:

після прибуття на місце лікар-консультант оцінює стан пацієнтки і приймає рішення стосовно подальших дій:

якщо пацієнтка не потребує переведення до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги, консультанти КДЦ узгоджують тактику подальшого ведення пацієнтки із завідувачем відділення, залишаючи запис у формі № 096/о «Історія пологів», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року № 184, або у формі 003/о «Медична карта стаціонарного хворого», затвердженій наказом

Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974;

якщо стан пацієнтки тяжкий і потребує невідкладного медичного втручання, консультанти КДЦ проводять необхідні заходи щодо стабілізації стану або оперативне втручання відповідно до клінічних протоколів;

після стабілізації стану пацієнтки питання щодо можливості транспортування пацієнтки до закладу охорони здоров'я вищого рівня вирішується консиліумом;

транспортування жінки проводиться за її інформованою письмовою згодою або згодою її родичів, в окремих критичних випадках – за рішенням консиліуму;

жінку, яка не потребує підтримання життєвих функцій, транспортують силами скеровуючого закладу охорони здоров'я в супроводі медичного персоналу за наявності:

медичного транспортного засобу;

обладнання для надання реанімаційної допомоги під час транспортування;

навичок у супровідного медичного персоналу з надання реанімаційної допомоги.

6. Будь-який перинатальний трансфер узгоджується між відповідальними особами скеровуючого і приймаючого закладів охорони здоров'я.

У черговій виїзній акушерсько-гінекологічній бригаді необхідно визначити відповідального лікаря, на якого покладатимуться обов'язки ухвалення рішень щодо медичного лікування, а також моніторингу пацієнтки.

Лікарі, які відправляють та приймають пацієнтку, є однаково відповідальними за неї під час її транспортування:

1) лікар-консультант контролює:

збереження і справність медичного обладнання в транспортному засобі;

складання списку, наявності і збереження необхідних лікарських засобів і медичних препаратів, необхідних для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтці;

2) медична сестра контролює:

наявність необхідних лікарських засобів і медичних препаратів, їх поповнення;

обробку транспортного засобу (наприклад транспортного інкубатора) після перевезення пацієнтки;

допомагає лікарю-консультанту провести необхідні процедури і/або маніпуляції під час підготовки хворої до і під час перевезення, забезпечує догляд за пацієнткою;

3) лікар-консультант та/або анестезіолог (акушерка, медична сестра) заповнюють та контролюють ведення медичної документації і достовірність інформації, що вноситься;

4) санітар-водій контролює:

справність транспортного засобу, системи обігріву/кондиціонування транспортного засобу;

підтримання чистоти і порядку транспортного засобу;

наявність кисневих балонів та їх заправку;

допомагає перенести/перевезти пацієнтку до або з транспортного засобу.

Рекомендоване оснащення санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі наведено в додатку 1 до цього Порядку.

7. Заходи після повернення виїзної акушерсько-гінекологічної бригади у приймаючий заклад охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги:

1) персонал відділення інтенсивної терапії приймаючого закладу охорони здоров'я має бути попередженим про проблеми, які виникли і не були вирішені під час транспортування, і готовим до їх вирішення;

2) лікар виїзної акушерсько-гінекологічної бригади повинен повідомити медичний персонал відділення про анамнез, особливості клінічного стану пацієнтки, а також деталі проведених діагностичних і лікувальних заходів;

3) після завершення транспортування треба повернути все обладнання у стан функціональної готовності, а також відновити комплект витратних матеріалів.

8. Управління якістю системи транспортування:

1) стандартизація процедур (використання протоколів, контрольних переліків обладнання, ліків і витратних матеріалів тощо);



2) оцінка ефективності та аудит:  
частота ускладнень і летальність під час транспортування;  
відсоткова кількість випадків з потребою реанімаційних заходів або додаткових інвазійних і/або медикаментозних втручань під час транспортування;  
середній проміжок часу між отриманням виклику і виїздом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади;  
середній проміжок часу між часом прибуття виїзної акушерсько-гінекологічної бригади до скеровуючого закладу охорони здоров'я і початком транспортування;  
відсоток транспортованих пацієнтів від загальної кількості викликів;  
середній вік транспортованих пацієнток на момент госпіталізації до закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги;  
захворюваність, добова і загальна летальність транспортованих пацієнток.

### **Дії персоналу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади під час транспортування вагітної, роділлі та породіллі**

1. Умови, за яких здійснюється транспортування:

- 1) використання належного спеціального медичного транспорту й обладнання; підтримання обладнання у робочому стані;
- 2) створення термонейтрального середовища;
- 3) надійна фіксація зондів, катетерів, інтубаційних трубок, датчиків тощо;
- 4) відміна ентерального харчування на час транспортування з відповідним забезпеченням парентерального уведення рідини;
- 5) візуальне спостереження за станом пацієнтки, моніторний контроль стану життєво важливих функцій (не використовувати рутинний сечовий катетер) і підтримання прийнятних показників життєво важливих функцій;
- 6) періодичні оцінки і вимірювання: АТ, діурез; наявність самостійного дихання, правильність функціонування всіх моніторів і приладів; параметри дихальної підтримки; потік кисню; ЕКГ, стан носових канюль, катетерів, інфузійних трубок, ділянок інфузії (периферичного катетера).

2. Показники, що фіксуються в інформації щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4) кожні 15 хвилин: температура тіла, SpO<sub>2</sub>, ЧСС, наявність самостійного дихання, параметри дихальної підтримки.

3. Показники, що записуються, вимірюються і фіксуються у транспортній формі кожні 60 хвилин: АТ; об'єм рідини, введеної внутрішньовенно, діурез; усі додаткові діагностично-лікувальні втручання, які здійснювалися протягом транспортування;

показники дихальної апаратури (якщо використовується постійний позитивний тиск наприкінці видиху в дихальних шляхах, штучна вентиляція легенів (далі – СРАР/ШВЛ);

показники життєво важливих функцій, параметрів кисневої терапії та дихальної підтримки, а також усіх діагностичних і лікувальних заходів;

проведення заходів щодо стабілізації стану або усунення ускладнень (після зупинки транспортного засобу) у разі погіршення стану пацієнтки або виникнення ускладнень під час транспортування.

4. Постійна готовність медичного персоналу надати невідкладну і реанімаційну допомогу, негайне інформування приймаючого закладу охорони здоров'я про можливі проблеми, які виникли під час транспортування.

### **Дії персоналу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади при погіршенні стану пацієнтки під час транспортування**

1. Повідомити про погіршення стану пацієнтки та проконсультуватися з медичними працівниками приймаючого закладу охорони здоров'я.

2. Зупинити машину та провести невідкладну клінічну оцінку всіх життєво важливих функцій пацієнтки та правильність функціонування апаратів та моніторів.

3. Діяти відповідно до алгоритму реанімаційних дій медичного персоналу у разі зупинки серця під час транспортування.

4. Надавати перевагу виконанню процедур у належних умовах найближчого закладу охорони здоров'я.

### **Оцінка якості транспортування вагітної, роділлі, породіллі**

1. Для оцінки якості транспортування використовуються індикатори якості медичної допомоги при транспортуванні вагітної, роділлі, породіллі (додаток 6), які є інструментами клінічного аудиту та моніторингу якості надання медичної допомоги при проведенні внутрішнього і зовнішнього аудиту.

2. Індикатори розраховуються щонайменше 1 раз на 6 місяців з обов'язковим подальшим обговоренням отриманих результатів як на I, II рівнях закладів охорони здоров'я, так і на III рівні надання медичної допомоги за умови обов'язкової присутності представників всіх закладів охорони здоров'я – учасників процесу транспортування пацієнток.

3. Для оцінки якості транспортування вагітної, роділлі, породіллі, а також для прийняття відповідних рішень може проводитися періодичне анкетування як медичних працівників закладів охорони здоров'я – учасників процесу транспортування, так і супроводжуючих.

### **Рекомендації лікарю загальної практики-сімейної медицини**

**При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають консультації акушера-гінеколога:**

- анемія вагітних середнього та важкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень;

### **СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У I ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**

- Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД
- Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону
- Блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонуриєю
- Періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Кров'яністі виділення із піхви

### **СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У II ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ**

- Періодичні тягнучі болі унизу живота.
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'яністі виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)

## СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичні тягнучі болі унизу живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв.
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)
- Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ
- Неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- Поява або прогресування змін на очному дні.

### ПОКАЗАННЯ ДО НЕГАЙНОЇ ГОСПІТАЛІЗЦІЇ

- кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- відходження навколоплодових вод;
- підвищення температури тіла вище 38;
- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100·10<sup>9</sup>/л);
- будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій;

### VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<p><b>Підготовчий етап</b></p> <p>1. Організаційні заходи.</p> <p>2. Визначення актуальності теми.</p> <p>3. Визначення навчальних цілей.</p> <p>4. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p><b>Основний етап</b></p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <p style="margin-left: 20px;">1. оцінки стану матері та плода.</p> <p style="margin-left: 20px;">2. Ведення вагітних сімейним лікарем.</p>	Проблемний семінар.  Мультимедійний супровід.	30 хв.

	3. Показання до направлення вагітної до акушер-гінеколога. 4. Загрозливі симптоми. 5. Показання до направлення а консультацію на II та III рівень. 6. Основні принципи транспортування вагітних 7. Правила транспортування.		
1.	<b>Заключний етап</b> Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

## VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

*Місце проведення* - навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

*Обладнання:* устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), кольпоскоп у кабінеті патології шийки матки ЖК, результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.

### *Рекомендована література (навчальна, наукова)*

1. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Сулопарова. - М.: 2006.
2. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
3. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
5. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
6. *б.Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
7. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
8. Воскресенский СЛ. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
9. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
10. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.
11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
12. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

### *Питання*

1. Зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної.

2. Ознаки вагітності.
3. Схему обстеження вагітної.
4. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
5. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.
6. Ведення вагітних сімейним лікарем.
7. Показання до направлення вагітної до акушер-гінеколога.
8. Загрозливі симптоми.
9. Показання до направлення а консультацію на II та III рівень.
10. Основні принципи транспортування вагітних
11. Правила транспортування.

#### ***Тестові завдання***

1. Вагітна у терміні 29 тижнів звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на помірні кров'янисті виділення. Лікар повинен:
  - A. зробити піхвове дослідження
  - B. направити вагітну на ультразвукове дослідження
  - C. направити вагітну у стаціонар
  - D. госпіталізувати в ургентному порядку\*
2. Вагітна у терміні 38 тижнів звернулася в жіночу консультацію з приводу мажучих кров'янистих виділень. Лікар повинен:
  - A. зробити піхвове дослідження
  - B. направити вагітну до консультанта
  - C. рекомендувати госпіталізацію
  - D. госпіталізувати в ургентному порядку\*
3. У вагітної М. в 32 тижні з'явилися сильний головний біль, порушення зору, біль в епігастрії. На обліку з приводу вагітності не була, не лікувалась. Виражені набряки тіла та обличчя турбують протягом 2 тижнів. АТ - 190/100 мм рт. ст. З'явилися посмикування м'язів обличчя, судоми. Викликана "швидка допомога". Куди госпіталізувати вагітну?
  - A. в пологовий будинок\*
  - B. в неврологічне відділення
  - C. в кардіологічне відділення
  - D. в інфекційне відділення