

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 ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ-
ІНТЕРНІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Організація стаціонарної акушерсько- гінекологічної допомоги (код курсу 1.3)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

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 та організації акушерсько-гінекологічної служби.

II. Об'єм повторної інформації

1. Хронологічний порядок розвитку вітчизняної медицини та організації акушерсько-гінекологічної служби на фоні політичного та економічного становлення України як незалежної держави.
2. Функціонування різних рівнів акушерсько-гінекологічної служби як частини соціального устрою України.
3. Правові аспекти та основні конституційні положення організації медичної допомоги в Україні.

III. Об'єм нової інформації

1. Поняття терміну «регіоналізація акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Рівні акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.
3. Функції та можливості закладів різних рівнів надання акушерсько-гінекологічної допомоги.
4. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня акушерсько-гінекологічної допомоги.
5. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня акушерсько-гінекологічної допомоги.
6. Порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів.
7. Основні моменти надання стаціонарної та спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	40
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	10
6.	Підсумок заняття.	2,5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Пологовий блок.
3. Гінекологічне відділення.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
5. Історії гінекологічних хворих.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Зібрати і оцінити анамнез пацієнтки для визначення рівня надання медичної допомоги та показань для стаціонарного лікування.		+	
2.	Оцінити результати лабораторних досліджень для визначення рівня надання медичної допомоги та показань для стаціонарного лікування.		+	
3.	Опрацювати нормативно-правові документи.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Дайте визначення поняття терміну «регіоналізація акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Перерахуйте рівні акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.
3. Назвіть функції та можливості закладів різних рівнів надання акушерсько-гінекологічної допомоги.
4. Який перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня акушерсько-гінекологічної допомоги?
5. Який перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня акушерсько-гінекологічної допомоги?
6. Який порядок взаємодії між лікарнями різних рівнів?
7. Опишіть основні принципи надання акушерсько-гінекологічної допомоги в стаціонарі.
8. Опишіть основні принципи надання спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги в стаціонарі

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати і оцінити анамнез пацієнтки для визначення рівня надання медичної допомоги та показань для стаціонарного лікування.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень для визначення рівня надання медичної допомоги та показань для стаціонарного лікування.
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?

А. Базовий, регіональний, державний*

- В. Регіональний, обласний, районний
- С. Міський, обласний, сільський
- Д. Базовий, державний
- Е. Обласний, регіональний

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

- А. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.*
- В. 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.
- С. 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?

- А. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.
- В. 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. *
- С. 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?

- А. Районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії.
- В. 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.
- С. 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 ≤ 1800 г і терміном гестації ≤ 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 ≥ 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 ≤ 1800 г і терміном гестації ≤ 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 ≥ 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 ≤ 1800 г і терміном гестації ≤ 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?

А. Передчасні пологи в терміні 35–36 тиж.

В. Рубець на матці після одного КР.

С. Преeklampsія середнього ступеня.*

Д. Ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози.

Е. 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 тяжкими 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.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги населенню:

I рівень – районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Забезпечується цілодобове чергування анестезіолога (чергування вдома).

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим. Водночас вони мають:

- налагоджену систему визначення пацієнок високого ризику розвитку ускладнень перинатального періоду і скерування їх до установи вищого рівня;
- можливості діагностувати та забезпечити підтримувальне лікування непередбачених проблем матері і плода, що виникли під час пологів;
- можливості розпочати операцію кесаревого розтину протягом 30 хв. після визначення необхідності її проведення;
- постійний запас препаратів крові, замінників крові та медикаментів для надання ургентної акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги;
- можливості надання анестезіологічної допомоги, а також проведення початкового (невідкладного) лабораторного обстеження цілодобово;
- можливості забезпечити надання медичної допомоги і догляд за здоровими доношеними новонародженими;
- можливості надати повну первинну реанімаційну допомогу, проводити кисневу терапію і стабілізувати життєві функції усіх немовлят, які народились в установі, до моменту їх переведення до ЛПЗ вищого рівня.

I група динамічного спостереження (вагітні “низького” акушерського та перинатального ризику).

II рівень – 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.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, а також виконують усі функції установ I рівня, в тому числі надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

Лікувальні заклади II рівня повинні забезпечити надання медичної допомоги новонародженим масою тіла > 1800 г (термін гестації \geq 34 тиж.), які мають захворювання без значних порушень життєвих функцій.

I і II група динамічного спостереження (вагітні низького та високого ступеня акушерського та перинатального ризику).

III рівень – 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; інститут ПАГ АМН України.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з важкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим, а також виконують всі функції установ I-II рівня.

Лікувальні заклади III рівня повинні забезпечити надання медичної допомоги новонародженим масою тіла \leq 1800 г і терміном гестації \leq 33 тиж. незалежно від наявної патології, а також усім новонародженим із важкими формами захворювань або будь-якими порушеннями життєвих функцій.

Організація надання стаціонарної акушерської допомоги

Організація роботи родопомічних закладів здійснюється за єдиними принципами відповідно до вимог галузевих нормативних документів.

Стационарна акушерська допомога жіночому населенню надається у пологових відділеннях районних, центральних районних, міських, обласних лікарень, у міських пологових будинках, спеціалізованих акушерських стаціонарах, перинатальних центрах, акушерських відділеннях ППАГ АМН України, в лікувально-профілактичних закладах відомчого підпорядкування та недержавної форми власності.

Під час госпіталізації вагітної (роділлі) до акушерського стаціонару лікар- акушер-гінеколог та акушерка приймально-оглядового відділення здійснюють загальний огляд, вимірювання температури тіла, артеріального тиску, обстеження внутрішніх органів, вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу, аускультацию серцебиття плода, внутрішнє акушерське дослідження. Лікар вивчає дані обмінної карти вагітної, збирає загальний та епідеміологічний анамнез, звертаючи особливу увагу на наявність гострих респіраторних захворювань, оглядає видимі слизові оболонки та шкіру з метою виявлення гнійничкових і грибкових, а також інфекційних (гастроентероколіт, гепатит, ПСШ, ВІЛ та ін.) захворювань, встановлює тривалість безводного періоду. Обов'язковою є відмітка в історії пологів щодо відчуття рухів плода самою жінкою.

За результатами анамнезу, даних обмінної карти та проведеного обстеження заповнюється історія пологів (ф. 096/о), і пацієнтка відповідно до показань, скеровується у фізіологічне чи обсерваційне пологове відділення.

Госпіталізація вагітних (роділь) у лікувально-профілактичні заклади третього рівня надання стаціонарної акушерської та неонатологічної допомоги здійснюється відповідно до показань (додаток 5).

На підставі даних анамнезу, результатів фізикального обстеження вагітної (роділлі), виявленої акушерської та соматичної (екстрагенітальної) патології лікар-ординатор акушерського відділення встановлює діагноз, визначає і записує в історію пологів фактори ризику, ступінь прогнозованого перинатального та акушерського ризику (низький, високий та вкрай високий).

Відповідно до встановленого діагнозу, визначених факторів і ступеня перинатального та акушерського ризику розробляється і записується в історію пологів план ведення пологів, що є важливим моментом прогнозування об'єму надання акушерської допомоги.

У роділь з групи низького ступеня перинатального та акушерського ризику тактика ведення пологів має відповідати принципам ведення нормальних пологів.

Оперативне розродження, зокрема операції кесаревого розтину, накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, здійснюється за показаннями та наявністю відповідних умов проведення операції.

Після закінчення пологів в історії пологів записується резюме пологів - стислий опис їх перебігу та перелік медичних втручань, що мали місце.

Сучасні принципи надання кваліфікованої акушерської допомоги передбачають: ведення партограми, визначення (за показаннями) біофізичного профілю плода, організацію роботи акушерських стаціонарів із впровадженням спільного перебування матері і дитини, грудного вигодовування, практики "індивідуальних" у відповідності до чинного законодавства та "сімейних" пологових залів, забезпеченням запасу медикаментів для надання невідкладної медичної допомоги Усі співробітники акушерського стаціонару, відповідно до їх посад і функціональних обов'язків, повинні володіти сучасними методиками щодо психологічної підтримки вагітних, роділь та породіль, гігієни та раціонального харчування породіллі, контрацепції, підтримки грудного вигодовування, забезпечення умов фізіологічної постнатальної адаптації новонароджених, надання первинної реанімації новонароджених.

Акушерська допомога вагітним (роділлям) з вкрай високим ступенем прогнозованого перинатального та акушерського ризику надається в акушерських стаціонарах III рівня. З метою підвищення якості надання такої допомоги робота зазначених закладів будується на принципах співробітництва з кафедрами акушерства і

гінекології, неонатології, анестезіології вищих навчальних закладів відповідно до діючих нормативно-правових актів.

Новонароджена дитина одразу після народження показується лікарем-акушером-гінекологом або акушеркою матері та особам, які супроводжують роділлю в пологах .

Порядок допуску останніх до пологового відділення, а також порядок відвідувань породіль та новонароджених під час перебування їх у післяпологовому відділенні родичами або близькими особами встановлюється адміністрацією лікувально-профілактичного закладу. Основними умовами для цього мають бути бажання породіллі, відповідна підготовка зазначених осіб, відсутність у них інфекційних захворювань.

Вагітним з екстрагенітальною патологією, ускладненнями пологів та післяпологового періоду надаються конкретні рекомендації, поради щодо подальших лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, консультування відповідних фахівців, про що зазначається в обмінній карті (ф.113/о).

Після народження дитини дії медичного персоналу направлені на зменшення ймовірності розвитку гіпотермії у новонародженого (дотримання принципу “теплого ланцюжка”) та збереження психо-фізіологічної єдності матері і дитини (викладання дитини на живіт матері, контакт “шкіра до шкіри”, раннє прикладання до грудей, спільне їх перебування). Організація спільного перебування матері та дитини здійснюється відповідно до наказу МОЗ України від 10.02.2003 № 59 “Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)”.

Виписка матері та дитини з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів, післяпологового періоду та періоду постнатальної адаптації здійснюється на 4 - 5 добу після пологів.

У разі виникнення ускладнень пологів та післяпологового періоду виписка породіллі здійснюється з відповідною відміткою в історії пологів та в обмінній карті щодо видачі листка непрацездатності працюючим жінкам та довідки – жінкам, не застрахованим у системі загальнодержавного обов’язкового медичного соціального страхування, відповідно до переліку показань ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Інформація про новонародженого та породіллю в день виписки по телефону надається до дитячої поліклініки (за місцем проживання) та жіночої консультації (за місцем спостереження під час вагітності). Заповнена відповідним чином обмінна карта видається на руки породіллі.

Перше патронажне відвідування дитини вдома здійснюється дільничним лікарем-педіатром протягом перших 3-х діб після виписки з наступними патронажами дільничної медичної сестри.

Післяпологовий патронаж здійснюється дільничним лікарем-акушером-гінекологом у перші 7 діб після виписки породіллі з пологового будинку (відділення) з метою попередження або ранньої діагностики післяпологових ускладнень та захворювань новонароджених. Післяпологовий патронаж має на меті з’ясувати:

- стан самопочуття та скарги породіллі;
- стан молочних залоз і характер лактації;
- характер виділень з піхви;
- дотримання жінкою правил особистої гігієни в післяпологовому періоді;
- надання консультації з питань грудного вигодовування та планування сім’ї.

В організації стаціонарної акушерської та неонатологічної допомоги необхідно забезпечувати чітку наступність між акушерсько-гінекологічним стаціонаром та іншими службами.

Організація надання спеціалізованої акушерської допомоги

Спеціалізована акушерська допомога – це вид медичної допомоги, що надається вагітним, роділлям та породіллям в акушерських стаціонарах (відділеннях) лікарями-акушерами-гінекологами, які мають відповідну підготовку, досвід і можуть забезпечити надання більш кваліфікованої консультативної та лікувально-діагностичної допомоги певним категоріям вагітних, роділь та породіль.

Спеціалізована акушерсько-гінекологічна допомога, її форми та обсяг можуть змінюватись у процесі розвитку системи охорони здоров'я шляхом визначення видів патології, які є провідними у структурі гінекологічної, а також материнської та перинатальної захворюваності й смертності.

Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Спеціалізована планова акушерська допомога надається у лікувально-профілактичних закладах III рівня надання стаціонарної акушерської та неонатологічної допомоги із застосуванням високотехнологічної діагностичної апаратури, інструментарію, обладнання та використанням сучасних ефективних методик діагностики, лікування, рододопомоги.

Для забезпечення надання ефективної спеціалізованої акушерської та неонатологічної допомоги згідно з сучасними вимогами доцільно створювати перинатальні центри, до складу яких входять взаємодіючі блоки відділень (кабінетів): консультативно-діагностичний, акушерсько-гінекологічний, неонатологічний, лабораторно-діагностичний, виїзна бригада невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Спеціалізована акушерська допомога надається за наступними напрямками:

Невиношування вагітності:

- особливості контингенту новонароджених передбачає необхідність цілодобового чергування неонатолога, анестезіолога, цілодобового функціонування лабораторної служби, наявність спеціального обладнання (фетальні монітори, апарати для штучної вентиляції легень, електровідсмоктувачі, спеціальні кувези, інструментарій, медикаменти для проведення інфузійної терапії та парентерального харчування новонароджених).

Екстрагенітальна патологія у вагітних і породіль:

- для забезпечення надання своєчасної і кваліфікованої медичної допомоги жінкам із тяжкою соматичною патологією у межах одного лікувально-профілактичного закладу, акушерська та неонатологічна допомога надається у відділенні екстрагенітальної патології вагітних, яке створюється при багатопрофільних стаціонарах. До відділення екстрагенітальної патології входять блоки: патології вагітності, акушерський з організацією роботи у режимі обсерваційного та неонатологічний. Госпіталізація до відділення екстрагенітальної патології здійснюється згідно з переліком показань до госпіталізації у лікувально-профілактичні заклади III рівня надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги.

Інфекційні захворювання у вагітних, роділь, породіль:

- акушерська допомога вагітним, роділлям та породіллям з інфекційними захворюваннями надається в обсерваційних акушерських відділеннях, у структурі яких передбачається наявність боксів.

У містах з чисельністю населення 500 тис. і більше доцільне створення спеціалізованого акушерського інфекційного стаціонару.

Надання допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним здійснюється згідно з наказом МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120 “Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД”.

Акушерська допомога хворим на туберкульоз надається в акушерських відділеннях протитуберкульозних лікарень та в обсерваційних відділеннях родопомічних закладів. Вагітні та роділлі з неактивними формами туберкульозу можуть бути госпіталізовані в обсерваційне відділення акушерського стаціонару, а роділлі з активною формою туберкульозу - в боксовані палати обсерваційного відділення або спеціалізованого акушерського відділення.

Медична допомога вагітним з інфекційними захворюваннями може надаватись у відповідних відділеннях інфекційних лікарень за умови відсутності ускладнень перебігу вагітності та забезпечення своєчасної консультативної акушерської допомоги.

Породіллям під час виписки надаються детальні рекомендації щодо подальшого лікування, диспансерного спостереження та проведення реабілітаційних заходів у відповідних спеціалістів, що фіксуються в обмінній карті.

Повноцінна спеціалізована акушерська допомога може бути реалізована за умови плідної співпраці акушерсько-гінекологічних закладів з іншими профільними службами. В наданні спеціалізованої акушерської допомоги по кожному напрямку разом з акушерами-гінекологами співпрацюють профільні спеціалісти (кардіологи, ендокринологи, генетики, терапевти, фтизіатри, інфекціоністи та інші).

Науково-методичне керівництво діяльністю спеціалізованих акушерських закладів здійснюється ПАГ АМН України, кафедрами акушерства і гінекології, неонатології, анестезіології вищих навчальних закладів.

Організація надання стаціонарної гінекологічної допомоги

Забезпечення жіночого населення стаціонарною гінекологічною допомогою здійснюється відповідно до рівнів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги населенню (додаток 1) згідно з “Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги” та “Примірним положенням про гінекологічне відділення”, затвердженими цим наказом.

У приймальному відділенні хвора (вагітна) оглядається лікарем з відображенням результатів огляду в медичній карті стаціонарного хворого (ф.003/о) з фіксацією часу огляду і встановленням діагнозу при госпіталізації. Первинний огляд хворої у разі планової госпіталізації здійснюється протягом не більше ніж 30 хвилин після її звернення до приймального відділення.

Протягом першої доби перебування в стаціонарі пацієнтка оглядається лікуючим лікарем, який встановлює попередній діагноз, у перші 3 дні – завідувачем відділення спільно з лікуючим лікарем із встановленням клінічного діагнозу, уточненням плану лікування, обсягу додаткового обстеження та консультацій профільних спеціалістів (у разі необхідності). У разі утруднень при встановленні клінічного діагнозу хвора має бути оглянута керівником клініки (у клінічному закладі) протягом перших 3-х діб з часу госпіталізації, а при необхідності - в перший день перебування у стаціонарі.

Стан пацієнтки контролюється лікуючим лікарем щоденно з письмовим відображенням у медичній карті стаціонарного хворого у вигляді щоденника. Зміни в плані обстеження та лікування фіксуються в медичній карті стаціонарного хворого, в листі призначень та листі одержання інформованої згоди на медичне втручання. У разі тяжкого стану хворої терміни огляду визначаються її станом із відповідним записом у медичній карті стаціонарного хворого результатів кожного огляду.

Тяжкий стан хворої потребує негайного скликання консилиуму лікарів. Для визначення тактики ведення тяжкої хворої заступником головного лікаря з лікувальної роботи за поданням завідувача відділенням призначається консилиум за участю лікарів-консультантів суміжних спеціальностей, лікарів відділення, керівника клініки та співробітників клінічного підрозділу (у клінічному закладі) - не менш 3-х осіб. Протокол і

висновок консилиуму фіксується в медичній карті стаціонарного хворого, затверджується підписами всіх учасників консилиуму.

У разі виконання малих гінекологічних операцій пацієнтка в день операції оглядається лікуючим лікарем та лікарем-анестезіологом за умови необхідності проведення загального знеболювання з відображенням результатів огляду та рекомендованого методу знеболювання в медичній карті стаціонарного хворого. Малі операції виконуються лікуючим лікарем із записом протоколу операції в медичній карті стаціонарного хворого та реєстрацією в журналі (за типом ф.О69 “Журнал запису амбулаторних операцій”).

Лапароскопічні операції виконуються тільки за умови забезпечення інтраопераційної морфологічної експрес-діагностики, можливості видалення пухлини за допомогою спеціального контейнеру, при виявленні злоякісної пухлини жіночих статевих органів – проведення операції у повному обсязі за участю онкогінеколога.

У разі перебування хворої в стаціонарі більше 10 днів у медичній карті стаціонарного хворого записується етапний епікриз, де відображається динаміка стану пацієнтки, обсяг проведеного обстеження і лікування, обґрунтовується доцільність подальшого стаціонарного лікування.

Виписка хворої із стаціонару здійснюється лікуючим лікарем за погодженням із завідуючим відділення з оформленням виписки із медичної карти стаціонарного хворого (форма № 027/о) та документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, які видаються на руки хворій під час виписки.

5. Організація надання спеціалізованої стаціонарної гінекологічної допомоги

Спеціалізована гінекологічна медична допомога надається у лікувально-профілактичних закладах III рівня надання акушерсько-гінекологічної допомоги (у спеціалізованих відділеннях або центрах, а за відсутності таких - на спеціалізованих ліжках гінекологічних відділень із застосуванням сучасних лікувально-діагностичних технологій, апаратури, інструментарію та обладнання).

Спеціалізовану гінекологічну стаціонарну допомогу надають фахівці, які пройшли спеціальну підготовку визначеного напрямку в медичних закладах післядипломної освіти.

Спеціалізована гінекологічна допомога надається за напрямками:

- ендокринна гінекологія;
- гнійно-септична гінекологія;
- гінекологія дитячого та підліткового віку

Завдання та функції зазначених спеціалізованих відділень визначаються відповідними положеннями, затвердженими цим наказом.

Направлення хворої на госпіталізацію до спеціалізованого гінекологічного відділення здійснюється лікуючим лікарем або лікарями спеціалізованих кабінетів жіночих консультацій та центрів планування сім'ї за погодженням із завідуючим відділення. До направлення додається особиста карта амбулаторного хворого або виписка з амбулаторної карти з даними обстеження та попереднього лікування.

Організація стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в сільській місцевості

Надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги мешканкам сільської місцевості здійснюється у рамках єдиної державної системи, що має забезпечити потреби у такій допомозі всіх жінок, незалежно від місця проживання.

Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості надається в центральних районних, районних лікарнях і передбачає чітку взаємодію та наступність з амбулаторною ланкою акушерсько-гінекологічної служби району.

Стационарна акушерська допомога вагітним I та II груп динамічного спостереження надається у пологових відділеннях районних, центральних районних лікарень, в яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії, але забезпечено цілодобове чергування лікаря-анестезіолога (чергування на дому).

Стационарна акушерська допомога вагітним "високого" ризику виникнення ускладнень перинатального періоду надається в лікувально-профілактичних закладах II та III рівня відповідно до визначених показань (додаток 1).

Порядок скерування жінок на вищі рівні надання медичної допомоги визначено у наказі МОЗ України від 28.12.2003 р. № 503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні". Підставою для такого скерування є також консультативний висновок фахівця/фахівців міських, обласних, республіканських лікувально-профілактичних закладів, ПАГ АМН України.

Питання надання висококваліфікованої і спеціалізованої акушерсько-гінекологічної допомоги в ургентних ситуаціях мешканкам сільської місцевості вирішується спільно з головним спеціалістом з акушерства органів охорони здоров'я, фахівцями виїзних консультативних бригад екстреної медичної допомоги. Інформація про гінекологічних хворих, вагітних, роділь, породіль, що потребують такої допомоги, має своєчасно надходити до головного спеціаліста з акушерства і гінекології органів охорони здоров'я, який забезпечує належну координацію та організацію роботи бригади

VIII. Основна література для опрацювання

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 неонатологічної допомоги в Україні».
4. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев, 2006. – 197с.
5. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
7. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
8. Наказ МОЗ України №539 від 4.08.2006р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".
9. Основи права і законодавства в охороні здоров'я; підручник /Л. Є. Братанюк, - К. Медицина 2010. - 544 с.

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

16.10.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 3 від 20 жовтня 2015 року
Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__ р.