

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА 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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ-
КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА ФАХОМ
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Теоретичні основи доказової медицини, охорони здоров'я жінки-матері та організація акушерсько-гінекологічної служби (код курсу 1.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Загальновідомо, що зародження життя та народження дитини – результат збалансованої діяльності багатьох систем та органів організму жінки. Відповідно практика супроводу реалізації репродуктивної функції має об'єднувати досягнення широкого спектра клінічних та базових дисциплін і наукових методологій, що динамічно розвиваються в усьому світі.

Сьогодні велика увага приділяється не лише генетичним факторам, які можуть негативно впливати на розвиток дитини в майбутньому, а й епігенетичним, зокрема шкідливому впливу ксенобіотиків, інших екологічних чинників, а також незбалансованому харчуванню, гіповітамінозу, розповсюдженості шкідливих звичок тощо.

Разом із тим доведено, що перинатальне здоров'я плода та новонародженого залежить в першу чергу від зваженого ставлення до стану власного здоров'я майбутньої матері. Адже виношування та народження дитини є запрограмованим біологічним процесом, який закладено в саму природу існування та розвитку свідомості людини. Крім того, здоров'я матері та здоров'я майбутньої дитини визначається адекватністю спілкування зі спеціалістами, ступенем відповідальності жінки у виконанні медико-профілактичних рекомендацій, зокрема, якщо йдеться про наявність у неї факторів ризику розвитку тяжких перинатальних ускладнень.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь курсант повинен знати:

- -сформувати у лікарів основні уявлення про важливість дотримання принципів деонтології та лікарської етики при обстеженні хворої, проведенні лікувально-діагностичних маніпуляцій;
- -протягом усього заняття викладач зобов'язаний виховувати лікарів на власному прикладі(своїм зовнішнім виглядом, культурою мови та спілкування з хворими медперсоналом), підтверджуючи, що деонтологія є невідомою частиною морально-етичних норм професії лікаря.

В результаті проведення заняття курсант повинен уміти:

- Провести збір анамнестичних даних;
- Провести піхвове дослідження;
- Провести пальпацію молочних залоз;
- Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
- Обрати рівень надання стаціонарної допомоги вагітній.
- Визначити показання для планової госпіталізації вагітної.
- Визначити показання для планової госпіталізації гінекологічної хворої.
- Визначити показання для ургентної госпіталізації вагітної
- Визначити показання для ургентної госпіталізації гінекологічної хворої.

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	Функціонування різних рівнів	

медицина	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.	

V. Зміст теми семінарського заняття

Теоретичні основи доказової медицини, охорони здоров'я жінки-матері, та організація акушерсько-гінекологічної служби

Одним з найважливіших завдань у вирішенні проблем охорони здоров'я є забезпечення якості надання медичних послуг населенню. За визначенням експертів ВООЗ гарантією якості медичної допомоги є забезпечення кожному пацієнтові оптимального комплексу медичної допомоги у відповідності з віком, біологічними властивостями індивіда. Вплинути на поліпшення якості та підвищення рівня медичного обслуговування населення, у тому числі і жіночого, реально лише при запровадженні всесвітньо визнаних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах .

Останні десятиріччя відмічені значними досягненнями в області діагностики і лікування різних захворювань. Розвиток складних технологій і, відповідно, підвищення вартості медичної допомоги привели до того, що в жодній країні світу не забезпечується рівний доступ до всіх видів медичних втручань. При цьому для досягнення оптимальних кінцевих результатів необхідний розумний баланс між вартістю, ефективністю і ризиком несприятливих наслідків лікарських втручань. Вирішити цю проблему можна шляхом переорієнтації клінічної практики на науково обґрунтовану практику/доказову медицину, що ґрунтується на принципах клінічної епідеміології.

Нині впровадження доказової медицини (ДМ), як нового світогляду клінічної медицини, набуває державного значення. Витоки виникнення ДМ виходять ще з середини минулого століття, коли на рубежі 80-90-х років в англійській медицині була сформована нова область знань - клінічна епідеміологія. Найбільшу популярність одержали роботи вчених Університету Мак-Мастера (Онтаріо, Канада) Б.ЗаскеК, В.Иаупев та інших, які вперше намагались розглянути клінічну медицину з позицій суворих наукових принципів Ці наукові принципи значно вплинули на стиль медичної практики і світогляд лікарів.

Важливу роль в становленні ДМ зіграло Кокрановське співробітництво - міжнародна організація, яка займається аналізом і розповсюдженням систематичних оглядів клінічних досліджень. Перший Кокрановський центр був відкритий в жовтні 1992 р. в Оксфорді. У жовтні 1993 р. відбувся перший щорічний Кокрановський колоквиум, де представники 9 держав стали співзасновниками Кокрановського співробітництва.

Нині у світі налічується 16 Кокрановських центрів, в т.ч. у Росії, інформаційна електронна база яких містить біля 2,5 тис. систематичних оглядів та понад 340 тис. рефератів оригінальних публікацій.

Кокрановська бібліотека - самий потужний інструмент доказової медицини. Завдяки Кокрановській бібліотеці кожен лікар, що володіє англійською мовою, навичками роботи з електронними базами даних, може в лічені хвилини знайти необхідну інформацію.

Ідея доказової медицини була з ентузіазмом сприйнята передовими медиками всього світу. І нині, згідно сучасних стандартів розвинених країн, жоден новий метод лікування, профілактики або діагностики не може бути визнаним без обов'язкової ретельної перевірки в ході надійних контрольованих клінічних досліджень.

Доказова медицина - це використання найбільш достовірних, з наукової точки зору, досліджень для вирішення завдань клінічної практики. ДМ являє собою новий підхід до надання медичної допомоги з використанням двох фундаментальних принципів. По-перше, при виборі методу втручання лікар обов'язково повинен враховувати такі фактори, як співвідношення користі і ризику, зручність методу для хворого, затрати на обстеження та лікування, пріоритети життєвих цінностей хворого. По-друге, при прийнятті клінічного рішення необхідно враховувати дані достовірних клінічних досліджень.

Згідно з вимогами науково обґрунтованої практики (НОП), прийняття рішення, що стосується надання медичної допомоги, повинно ґрунтуватися на найбільш актуальній, достовірній та значимій науковій інформації. Це рішення повинно прийматись пацієнтом виходячи з інформації, яка надана йому лікарем на основі знань, якими він володіє, з урахуванням існуючих ресурсів.

Спеціаліст, який не користується в своїй діяльності існуючими доказовими даними, втрачає серйозні можливості допомогти пацієнту та навіть ризикує нанести шкоду його здоров'ю. В кожній країні надання науково обґрунтованої медичної допомоги вважається важливою складовою роботи лікаря незалежно від його спеціальності.

У відповідності до резюме Сицилійської декларації з питань надання пацієнтам оптимальної медичної допомоги нині загально визнана необхідність обов'язкового володіння спеціалістами принципами і методами доказової медицини. І нині в більшості країн світу клінічна епідеміологія і доказова медицина стали невід'ємною частиною підготовки лікарів.

Найбільш відома методика навчання доказовим підходам розроблена в центрі доказової медицини в Оксфорді під керівництвом Девіда Саклета. Розроблені ним базові аспекти навчання принципам доказової медицини включають:

- постійну орієнтацію на пацієнта - навчання буде найбільш ефективним, якщо воно орієнтовано на захворювання пацієнтів самих студентів;
- постійну увагу до студентів з використанням різноманітних тактичних підходів та врахуванням всіх можливих обставин;
- активність та інтерактивність з формуванням у студентів особистої оцінки вивчаємого матеріалу та інтеграції його зі своїми знаннями та професійними навичками: взаємодія студентів між собою і викладачем підсилює активний процес, підтримує індивідуальний підхід до навчання;
- орієнтацію на існуючі клінічні ситуації і обставини: наприклад, тактика навчання в поліклініці буде значно відрізнятися від такої у відділенні інтенсивної терапії;
- навчання як шлях оволодіння азами експертної медицини, необхідність сприйняття студентами доказовості як центрального і необхідного елементу рутинної роботи в клініці;
- багато стадійність навчання: інформація сприймається краще, якщо вона надається невеликими порціями, з частими повторами; невеликі перерви в навчанні дають можливість більш ефективного сприйняття пройденого матеріалу, формування нових питань, відбору найбільш необхідних проблем для вивчення.

Відповідно до принципів доказової медицини надійність досліджень базується на методологічній якості їх проведення, величині і точності ефекту, відтворюваності. Достовірність отриманих в ході дослідження результатів і можливість їх подальшого використання на практиці визначається в першу чергу методологією проведення дослідження.

Розрізняють два основні види досліджень: обсерваційні - проводяться методом спостереження без попереднього втручання і експериментальні - порівняльні дослідження впливу якого-небудь втручання із застосуванням клінічного випробування.

Перевагою обсерваційних спостережень є відносна простота проведення, а недоліком - можливість наявності відмінностей в досліджуваних групах, які приводять до систематичних помилок і недостовірних висновків. До обсерваційних досліджень відносяться когортні дослідження, поперечні і дослідження випадок-контроль. Вибір дизайну залежить від області клінічного дослідження (табл. 2).

При проведенні когортного дослідження формуються дві або більше групи пацієнтів, які розрізняються за дією визначеного агента. Надалі, ці групи спостерігають, відзначаючи, у якої групи розвивається певний результат. В початковій групі повинні включатися пацієнти в однаковій фазі хвороби. Основними критеріями якості такого роду досліджень є: формування груп пацієнтів на основі чітких критеріїв, повне відстеження пацієнтів, об'єктивні критерії результату.

В дослідженні «випадок-контроль» порівнюються дві групи популяцій: група «випадки» (формується з людей, у яких спостерігаються захворювання або результати, що вивчаються) і контрольна група (захворювання або результати, що вивчаються, відсутні). Частота дії чинника ризику,

що вивчається, в обох групах оцінюється ретроспективно, що дозволяє розрахувати відносний ризик розвитку захворювання у зв'язку з чинником ризику, що вивчається.

Якщо метою дослідження є вивчення нового методу діагностики, необхідно з'ясувати достовірність і надійність нового діагностичного тесту. Для цього проводять поперечне дослідження, при якому вивчають новий тест порівняно з тестом - "золотим стандартом", що служить (найнадійнішим на момент дослідження) методом для діагностики даного захворювання.

До експериментальних видів дослідження відносяться рандомізовані контрольні дослідження (РКД), які є "золотим стандартом" методології клінічних досліджень. Перевагою РКД є висока методологічна якість, яка зумовлює мінімізацію систематичних помилок і підвищує надійність дослідження, що досягається застосуванням основних принципів РКД рандомізації та маскування. В РКД дія чинника встановлюється за допомогою формування експериментальної і контрольної груп з подальшим порівнянням результатів, які спостерігаються в цих групах. Рандомізація - це розподіл пацієнтів на групи (експериментальну і контрольну) випадковим способом з використанням спеціальних комп'ютерних програм. Застосування рандомізації забезпечує однорідність груп за основними параметрами, що впливають на ефективність технологій, що вивчаються. Маскування ("сліпий метод") може бути простим - коли інформація про те, до якої групи (експериментальної або контрольної) віднесений кожний випробовуваний, відсутня тільки у пацієнта; подвійним - ця інформація відсутня як у пацієнта, так і у дослідника; і потрійним - недоступна пацієнту, досліднику, а також особам, які здійснюють статистичну обробку результатів дослідження.

Первинні дослідження можуть об'єднуватись в систематичні огляди (СО). СО -це по суті наукові дослідження, де об'єктом вивчення служать результати декількох оригінальних досліджень. СО синтезують результати цих досліджень з використанням підходів, що зменшують вірогідність систематичних і випадкових похибок. Ці підходи включають всебічний пошук публікацій згідно визначеного питання і використання точних критеріїв відбору публікацій для огляду. В подальшому здійснюється оцінка структури і особливостей досліджень, узагальнення даних і інтерпретація отриманих результатів. Проведення СО дозволяє підвищити надійність і точність первинних досліджень і значно звузити пошук необхідних даних.

Основними характеристиками якісного клінічного дослідження є: надійність дослідження, величина ефекту, її точність і відтворюваність. Надійність дослідження характеризується методологічною якістю - якою мірою дослідження мінімізує систематичні помилки. Величина ефекту, спостережувана в конкретному дослідженні, називається точковою оцінкою ефекту. Мірою точності (ступені достовірності випадкових помилок) дослідження є довірчий інтервал (ДІ). Відтворюваність характеризується можливістю використання результатів дослідження для конкретної категорії пацієнтів.

Для кожного виду дослідження наразі сформульовані вимоги до його проведення, специфічні стандарти якості, обробки і представлення даних.

Аналіз і оцінку даних досліджень можна здійснювати, використовуючи критерії, запропоновані й. БаскеН та співт, залежно від проблеми, що вивчається.

Діагностика

- Чи було незалежне порівняння з «золотим стандартом» діагностики?
- Чи оцінювався діагностичний тест на адекватній групі пацієнтів (такої ж, з якою доводиться стикатися на практиці)?
- Чи проводилося порівняння із стандартом незалежно від результату тесту?
- Чи був тест перевірений на іншій групі пацієнтів?

Етіологія

- Чи були проаналізовані групи аналогічно у всьому, окрім впливу що нас цікавить (етіологічного агента)?
- Чи вимірювалися дії та їх результати однаково в обох групах?
- Чи було спостереження за пацієнтами достатньо тривалим, а втрати при спостереженні мінімальними?
- Чи може вважатися етіологічний агент причиною захворювання?
- Чи росте ризик розвитку
- Чи є дані, що при видаленні агента ризик захворювання знижується?

- Чи підтверджуються дані іншими дослідженнями?
- Чи можна описати патологічну дію даного агента?
- Дослідження побічних ефектів лікарських засобів оцінюються так само, як і дослідження етіології.

Терапія

- Чи була група контролю?
- Чи був відбір пацієнтів в групи лікування і контролю випадковим (рандомізація)?
- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи всі пацієнти аналізувалися в тих групах, до яких вони були спочатку віднесені?
- Чи знали пацієнти і медичний персонал про те, в яку групу включений пацієнт (маскування)?
- Чи одержували групи однакове лікування (за винятком препарату, що вивчається)?
- Чи були групи однаковими на початку дослідження?

Прогноз

- Чи була репрезентативна група пацієнтів відібрана незабаром після початку захворювання?
- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи застосовувалися об'єктивні критерії оцінки результату?
- Якщо були виявлені підгрупи з прогнозом, що розрізняється, чи проводилася корекція за основними чинниками ризику?
- Чи проводилася перевірка отриманих даних на іншій групі пацієнтів?

Для оцінки досліджень з ефективності терапії застосовуються наступні показники: відносний ризик (ВР), відношення шансів (ВШ), зниження відносного ризику (ЗВР), зниження асолютного ризику (ЗАР). Найочевидніша міра ефективності лікування при його порівнянні з іншими методами лікування - число хворих, яких необхідно лікувати (ЧХНЛ, NN1). Навіть за наявності достатньої величини терапевтичного ефекту необхідна впевненість в достовірності величини цього ефекту, її статистичної значимості, яка визначається показником «р». Проте, величина «р» дозволяє судити лише про статистичну достовірність, клінічна значимість визначається за довірчим інтервалом (ДІ). Звичайно використовують 95% ДІ, який вказує на те, що у 95% випадків істина величина знаходиться в межах діапазону значень, що приводиться. Значення ДІ відношення шансів або відносного ризику більше 1 означає негативний ефект, менше 1 - позитивний ефект. При діапазоні ДІ відносних величин, що включає 1 (наприклад, 0,65-1,45), клінічна значимість ефекту сумнівна, оскільки застосування експериментального лікування може давати і позитивні і негативні результати. Чим вужче довірчий інтервал, тим ближче точкова оцінка ефекту до істинної величини. Точність оцінки прямо пропорційна розміру вибірки.

Оцінка точності досліджень стосовно діагностики хвороб включає аналіз основних характеристик діагностичного тесту - чутливості та специфічності, а також показників прогностичної цінності позитивного і негативного результатів тесту (чим вище показник, тим більша вірогідність наявності захворювання при позитивному результаті тесту або відсутності хвороби при негативному результаті) та відношення правдоподібності позитивного і негативного результатів тесту (при величинах тесту більше 10 для позитивного результату тесту і менше 0,1 для негативного результату можна приймати майже остаточне рішення стосовно наявності шуканого захворювання).

Враховуючи обмеження, притаманні несистематичним клінічним дослідженням, експерти доказової медицини пропонують розділяти всі дослідження в залежності від рівня доказовості.

Критерієм розподілу є критичний аналіз методології досліджень. Найбільш надійним джерелом інформації щодо ефекту технології є систематичні огляди. Використовують слідує критерії оцінки достовірності клінічних доказів (шкала рівнів доказовості досліджень):

A (I) - систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

B (II-III) - високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”.

Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

C (IV) - дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних рішень за відсутності доказів рівня А (I) і В (II-III).

D (V) - експериментальні дослідження або думка експертів. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження рівнів А (I), В (II-III), С (IV) не проводилися з етичних або інших причин.

Наведена класифікація достовірності досліджень спрощує дії лікаря при вирішенні тієї чи іншої проблеми: він повинен шукати і застосовувати на практиці самі достовірні із наявних даних. Сама концепція ієрархії достовірності клінічних доказів свідчить про те, що дані про ефективність чи неефективність втручань завжди є. Такі дані можуть бути малопереконливими, але повинні враховуватись.

При формуванні клінічної стратегії на державному і регіональному рівні потрібно враховувати значно більше коло факторів, ніж для лікування конкретного пацієнта. Принципи доказової медицини на рівні клінічної стратегії застосовуються при розробці державних нормативів (стандартів) надання медичної допомоги та клінічних керівництв (протоколів).

Загальні принципи організації акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги

Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в Україні», Наказ МОЗ України № 503 від 28.12.2002 р. «Про вдосконалення надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських пунктах, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога населенню включає: заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних, антенатальну охорону плода, профілактику та лікування акушерсько-гінекологічної патології, планування сім'ї.

Амбулаторна акушерська допомога у відомчих та лікувально-профілактичних закладах недержавної форми власності надається за умови наявності в їх структурі пологового стаціонару. В інших випадках вагітні скеровуються до лікувально-профілактичних закладів державної форми власності за місцем проживання.

Загальні принципи організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо раціонального ведення пологів (1996), Концепції безпечного материнства, а також на державних засадах щодо здійснення активної демографічної політики.

Стаціонарна акушерсько-гінекологічна та неонатологічна допомога в Україні здійснюється в акушерсько-гінекологічних відділеннях районних, центральних районних, міських, обласних лікарень, міських пологових будинках, перинатальних центрах, ШПАГ АМН України і є доступною для всіх верств населення.

Територія обслуговування пологового будинку (відділення) визначається органами охорони здоров'я. Пацієнтці та її сім'ї має бути забезпечено право обирати стаціонар та лікаря за наявності умов та у відповідному порядку.

Стаціонарна акушерсько-гінекологічна та неонатологічна допомога пацієнтам на всіх рівнях організується цілодобово.

Право на отримання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги пацієнтці має бути забезпечено в лікувально-профілактичних закладах незалежно від місця її проживання, за необхідності - з "розгортанням" операційної у терміни надання ургентної допомоги.

Госпіталізація вагітних, роділь, гінекологічних хворих в акушерсько-гінекологічний стаціонар здійснюється за направленням лікарів швидкої медичної допомоги, амбулаторно-поліклінічних лікувально-профілактичних закладів, акушерок, фельдшерів або медичних сестер фельдшерсько-акушерських пунктів. В ургентних ситуаціях госпіталізація пацієнтки може здійснюватись за

самозверненням з визначенням показань до госпіталізації лікарем приймального відділення/черговим лікарем.

Питання планової госпіталізації пацієнтки вирішується черговим лікарем або лікарем-акушером-гінекологом, закріпленим за приймальним відділенням відповідно до внутрішнього розпорядку роботи стаціонару, затвердженим головним лікарем лікувально-профілактичного закладу.

Під час планової госпіталізації в направленні відображаються результати обстеження хворої на амбулаторному етапі, передбачені “Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги” відповідно нозології, а також висновки і рекомендації профільних спеціалістів за наявності супутньої соматичної патології.

Обґрунтована відмова у плановій госпіталізації фіксується у журналі відмовлень у госпіталізації (форма 001-1/о).

При госпіталізації первинна медична документація оформляється згідно з документами пацієнтки, що підтверджують її особу. У разі їх відсутності в медичній документації робиться відмітка про те, що паспортні дані записані зі слів пацієнтки.

Під час госпіталізації пацієнтки до лікувально-профілактичного закладу лікар приймального відділення, а у вихідні, святкові дні та нічний час - черговий лікар здійснює огляд та обстеження пацієнтки, інформує про її права та обов'язки щодо стану здоров'я, попередній діагноз, обсяг необхідних діагностичних та лікувальних заходів, прогнозні та можливі наслідки розвитку хвороби, а також отримує від неї інформацію щодо загального стану здоров'я, перебігу хвороби/вагітності.

Медична допомога жінкам та новонародженим у лікувально-профілактичних закладах акушерсько-гінекологічного профілю здійснюється відповідно до Нормативів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, затверджених цим наказом, а також рівнів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги населенню.

Штатні посади медичного персоналу акушерсько-гінекологічних стаціонарів встановлюються відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000р. №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”.

Діяльність акушерсько-гінекологічних стаціонарів передбачає постійне впровадження нових методик щодо раціонального ведення пологів, профілактики, діагностики та лікування ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду, захворювань новонароджених, а також гінекологічної патології, які базуються на принципах доказової медицини.

Для проведення планового оперативного лікування хворі мають бути обстежені на догоспітальному етапі згідно з Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю “Акушерство та гінекологія” в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів (наказ МОЗ України від 28.12.02 №503).

Напередодні виконання планової операції хвора оглядається анестезіологом із заповненням листа первинного огляду анестезіолога (ф.003-3/о), завідувачем відділення та керівником клініки (у клінічному закладі). При цьому визначається передбачуваний обсяг хірургічного втручання, в медичній карті стаціонарного хворого записується передопераційний епікриз, у якому фіксується згода пацієнтки на оперативне втручання у вигляді особистого підпису, заповнюється відповідним чином лист одержання інформованої згоди на медичне втручання.

Склад операційної бригади визначається завідувачем відділення та керівником клініки (у клінічному закладі) відповідно до кваліфікаційної категорії лікарів із забезпеченням пропорційної участі всіх лікарів відділення у наданні хірургічної медичної допомоги та з урахуванням бажання пацієнтки (письмова заява). Склад операційної бригади зазначається в передопераційному епікризі. За умови вибору пацієнткою лікаря його участь погоджується адміністрацією лікувально-профілактичного закладу відповідно до кваліфікаційної категорії лікаря.

В ургентних ситуаціях рішення про необхідність оперативного втручання та його обсяг, а також залучення спеціалістів відповідної кваліфікації приймається відповідальним черговим лікарем лікувально-профілактичного закладу.

Санітарно-епідеміологічний режим роботи акушерсько-гінекологічного стаціонару має відповідати вимогам наказу МОЗ України від 10.02.2003 р. №59 “Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)”.

Персонал акушерсько-гінекологічного стаціонару забезпечує лікувально-охоронний режим, дотримання вимог медичної етики та деонтології, високу культуру медичного обслуговування жінок і новонароджених, застосовуючи різноманітні форми та засоби санітарної просвіти.

Згідно з планом обстеження і лікування та відповідно до чинного законодавства, в медичній

карті стаціонарного хворого, історії пологів здійснюються відповідні відмітки щодо поінформованої згоди пацієнтки на всі запропоновані методи обстеження/лікування з фіксацією дати їх призначення: назви методу обстеження/лікування, прізвища, ім'я, по батькові та підпису лікуючого лікаря, а також особистого підпису пацієнтки.

Рівень надання кваліфікованої діагностично-лікувальної допомоги жінкам та новонародженим визначається як професійною підготовкою медичного персоналу, так і матеріально-технічним та медикаментозним забезпеченням пологових будинків (відділень) медичним обладнанням, апаратурою та інструментарієм (сучасними ультразвуковими апаратами, реанімаційними столиками, кувезами, лампами фототерапії, пульсоксиметрами, перфузорами, сучасними апаратами ШВЛ, кардіотокографами, кардіореспіраторними моніторами, шовним матеріалом, хірургічними інструментами, лабораторним обладнанням, медикаментами тощо).

Госпіталізація вагітних з ускладненим перебігом вагітності до 22 тижнів вагітності, а також для переривання вагітності за показаннями у пізніх термінах здійснюється в гінекологічне відділення (у випадку переривання вагітності у пізніх термінах заводить медична картка стаціонарного хворого), після 22 тижнів вагітності – у відділення патології вагітних. Вагітні з екстрагенітальною патологією до 22 тижнів вагітності госпіталізуються у відділення екстрагенітальної патології або у профільний стаціонар.

Діяльність акушерсько-гінекологічного стаціонару передбачає ведення відповідної облікової та звітної документації.

Організація надання стаціонарної акушерської допомоги

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

Стаціонарна 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 ШПАГ 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, ППШ, 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.

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 (додаток 15).

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, фізіотри, 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.069 “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 завідувачем 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.

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.

Стаціонарна 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).

Стаціонарна 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, ШПАГ 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.

Організація надання неонатологічної допомоги

Неонатологічна допомога включає догляд за новонародженим у разі фізіологічного перебігу ранньої постнатальної адаптації та надання кваліфікованої медичної допомоги при її розладах та захворюваннях новонароджених.

Неонатологічна допомога в родопомічних закладах здійснюється за єдиними принципами відповідно до вимог галузевих нормативних документів лікарем неонатологом, а у разі його відсутності – лікарем-педіатром, лікарем-акушером-гінекологом пологового будинку (відділення), які пройшли підготовку з питань неонатології.

Догляд за новонародженим за умови фізіологічного перебігу періоду постнатальної адаптації здійснюється у післяпологових відділеннях спільного перебування матері та дитини.

Медична допомога новонародженим надається у відділеннях неонатального догляду та лікування новонароджених, у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених.

Забезпечення новонароджених неонатологічною допомогою здійснюється відповідно до Нормативів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, рівнів надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги населенню.

У випадках ведення пологів високого та вкрай високого перинатального та акушерського ризику з метою забезпечення надання своєчасної кваліфікованої неонатологічної допомоги, лікар-неонатолог залучається до проведення консилиуму, розробки плану та ведення пологів.

У процесі пологів лікар-неонатолог своєчасно отримує необхідну інформацію щодо ведення пологів та стану плода.

Після народження дитини лікар-неонатолог здійснює первинний огляд новонародженого, проводить оцінку його стану за шкалою Апгар, за відсутності протипоказань для раннього прикладання до грудей матері забезпечує початок ранньої постнатальної адаптації новонародженого відповідно до принципів ведення нормальних пологів.

Первинна реанімація новонародженого відповідно до вимог наказу МОЗ України від 06.05.2003р. №194 “Про затвердження галузевої програми “Первинна реанімація новонароджених” здійснюється лікарем-неонатологом, у разі його відсутності – лікарем-акушером-гінекологом, лікарем-анестезіологом, лікарем-педіатром або середнім медичним працівником. Організація і проведення консилиуму здійснюється на загальних засадах.

На підставі даних обмінної карти вагітної, перебігу пологів, факторів ризику неонатологом визначається попередній діагноз, режим догляду, обсяг обстеження та лікування, у разі необхідності - здійснення погодинного контролю життєво важливих функцій новонародженого.

За відсутності неонатолога первинний огляд новонародженого здійснює лікар акушер-гінеколог. При будь-яких проявах порушення ранньої постнатальної адаптації лікар акушер-гінеколог терміново викликає лікаря-неонатолога, забезпечивши до його приїзду надання необхідної медичної допомоги новонародженому (при необхідності – із залученням чергового анестезіолога).

Новонароджений, переведений до післяпологового відділення спільного перебування з матір'ю, оглядається в палаті лікарем-неонатологом протягом 2-х годин після переведення (при його відсутності - лікарем-акушером-гінекологом).

У відділенні (палатах) спільного перебування матері і дитини новонароджений може бути одягнутий в домашній одяг (вовняні розпашонку, шапочку, шкарпетки, повзунки). Туге сповивання дитини не рекомендується.

Мати новонародженого, який знаходиться на лікуванні у відділенні новонароджених, може за бажанням відвідувати його, бути інформованою щодо перебігу захворювання.

Новонародженим з порушенням ранньої постнатальної адаптації одразу ж після народження забезпечується погодинне спостереження лікаря-неонатолога з визначенням обсягу необхідних діагностичних, лікувальних та консультативних заходів.

У разі захворювання новонародженого він оглядається завідуючим неонатологічним відділенням протягом перших 2-х днів життя.

Огляд новонароджених проводиться лікарем-неонатологом щоденно. Новонароджені, які знаходяться у відділенні інтенсивної терапії, оглядаються в залежності від стану дитини. Всі огляди новонароджених записуються у вигляді щоденників до карти розвитку новонародженого (ф. 097/о).

Вакцинація новонароджених проводиться в палаті, де перебуває дитина за календарем щеплень, визначеним наказом МОЗ України від 31.10.2000 № 276 “Про проведення профілактичних щеплень в Україні”.

Обстеження новонароджених на фенілкетонурію, гіпотиреоз, муковісцидоз здійснюється відповідно до галузевих нормативних документів, про що робиться відповідний запис в карті розвитку новонародженого та обмінній карті.

Переведення новонароджених у разі захворювання з акушерського стаціонару здійснюється згідно вимогами наказу МОЗ України від 10.02.2003р. №59 “Про удосконалення заходів щодо профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в пологових будинках (акушерських стаціонарах)”.

Новонароджені, які народились під час транспортування роділлі в пологовий стаціонар або протягом останньої доби вдома, госпіталізуються в обсерваційне відділення з дотриманням умов ізоляції в окремій палаті спільного перебування матері та дитини.

За умови пологів, які відбулися вдома більше, ніж одна доба, породіллю та новонародженого госпіталізують до боксованих палат обсерваційного відділення.

Обсяг лікувально-діагностичних заходів у відділеннях новонароджених акушерських стаціонарів повинен чітко відповідати їх рівню:

- на I-ому рівні необхідне обладнання і навички медичного персоналу для проведення первинної реанімації новонароджених та підтримання їх життєво важливих функцій протягом 2-4 годин до приїзду виїзної неонатологічної бригади невідкладної допомоги й інтенсивного лікування;

- на II-ому рівні необхідне обладнання і навички медичного персоналу для проведення первинної реанімації новонароджених та підтримання їх життєво важливих функцій протягом 24-48 годин;

- на III-ому рівні необхідне обладнання і навички медичного персоналу для проведення первинної реанімації новонароджених та підтримання його життєво важливих функцій протягом не менш 7-10 днів.

У разі перебування новонародженого в акушерському стаціонарі більше 7 діб оформляється етапний епікриз, в якому відображається динаміка стану новонародженого, обсяг і результати проведених обстежень і лікування, обґрунтовується доцільність його подальшого перебування в акушерському стаціонарі.

Виписка здорових новонароджених з акушерського стаціонару здійснюється на 4-5 добу життя. Питання про виписку новонароджених, які мали порушення або захворювання у періоді ранньої постнатальної адаптації, вирішується лікарем-неонатологом спільно із завідуючим неонатологічним відділенням.

Інформація про дату виписки новонародженого по телефону надається в дитячу поліклініку в день виписки.

Інформація про новонародженого (фактори перинатального ризику, стать дитини, антропометричні дані при народженні та при виписці, характер вигодовування, характер перебігу раннього неонатального періоду, виявлені захворювання, обсяг проведеного обстеження і лікування) фіксується в обмінній карті породіллі (ф.113/о).

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.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Принципи доказової медицини. 2. Види досліджень, які використовуються в доказовій медицині. 3. Рандомізовані дослідження. 4. Характеристики якісного клінічного дослідження. 5. Види спеціалізованої акушерської допомоги. 6. Структуру організації спеціалізованої гінекологічної допомоги	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати гінекологічного відділення, ВПВ, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок з різними формами гінекологічної патології, історії хвороби, необхідні аналізи, таблиці тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Наказ МОЗ України від 13.04.2011 № 204 «Про затвердження та впровадження примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання».
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення».
5. Наказ МОЗ України №539 від 4.08.2006р. "Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні".
6. Наказ №503 МОЗ України від 28.12.2002 р. „Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні". 2003.
7. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
8. Основи права і законодавства в охороні здоров'я; підручник /Л. Є. Братанюк, - К. Медицина 2010. - 544 с.
9. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
10. Наказ МОЗ України від 19.05.2011 № 296 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 03.02.2006 № 48»
11. Наказ МОЗ України від 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».
12. Наказ МОЗ України від 04.04.2012 № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів».

Питання

1. Наведіть принципи доказової медицини.
2. Які види досліджень використовуються в доказовій медицині?
3. Що собою являють рандомізовані дослідження?
4. Опишіть характеристики якісного клінічного дослідження.
5. Перерахуйте види спеціалізованої акушерської допомоги.
6. Наведіть структуру організації спеціалізованої гінекологічної допомоги.

Тести

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 акушерсько-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; ШПАГ АМН України.

3. До другого рівня надання стаціонарної акушерсько-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; ШПАГ АМН України.

4. До третього рівня надання стаціонарної акушерсько-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; ШПАГ 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.*

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.