

Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія»

**«Затверджено»**  
на засіданні кафедри  
акушерства та гінекології № 2

*протокол № 1 від 28.08.2018р.*

Завідувач кафедри, д.мед.н,  
професор \_\_\_\_\_ В.К.Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**  
(для опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять)

<i>Навчальна дисципліна</i>	<b>Акушерство та гінекологія</b>
<i>Модуль №</i>	<b>1</b>
<i>Змістовий модуль №</i>	
<i>Тема заняття</i>	<b>Організація акушерсько-гінекологічної допомоги Структура пологового стаціонару та жіночої консультації.</b>
<i>Курс</i>	<b>IV</b>
<i>Факультет</i>	<b>стоматологічний</b>

# ОРГАНІЗАЦІЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СТРУКТУРА ПОЛОГОВОГО СТАЦІОНАРУ ТА ЖІНОЧОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ.

## I. Актуальність теми

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

## II. Навчально-виховні цілі

*Для формування умінь студент повинен знати:*

1. Основними закладами охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу
2. Структура акушерського стаціонару
3. Структура перинатального центру
4. Загальні принципи надання допомоги вагітним.
5. Етапи надання акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості
6. Етапи надання акушерсько-гінекологічна допомога в місті
7. Структура жіночої консультації
8. Задачі, принципи роботи жіночорі консультації.
9. Ступені перинатального ризику
10. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу II рівня перинатальної допомоги
11. Перелік медичних показань до направлення вагітних до закладу III рівня перинатальної допомоги
12. Перелік показань до направлення вагітних до Державного перинатального центру на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»
13. Принципи надання стаціонарної допомоги роділлям, породіллям та вагітним жінкам

*У результаті проведення заняття студент повинен уміти:*

1. Визначати етап надання акушерсько-гінекологічної допомоги в залежності від рівня перинатального ризику
2. Проводити обстеження вагітної жінки в жіночій консультації
3. Визначати показання для госпіталізації вагітної в пологовий стаціонар II та III рівня

## III. Базові знання

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я	-організація медичної допомоги населенню, зокрема акушерсько-гінекологічної допомоги. -Аналіз основних показників роботи медзакладу.
Історія медицини	-основні етапи розвитку акушерства в історичному плані
Гігієна, мікробіологія, епідеміологія	-внутрішньолікарняна інфекція. Поняття, види та методи профілактики

## IV. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

Термін	Визначення
--------	------------

первинна медична допомога	вид медичної допомоги, що надається лікарем (медичним працівником) в амбулаторних умовах або у визначених випадках за місцем проживання пацієнта і передбачає консультацію, діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи; направлення пацієнта для надання вторинної (спеціалізованої) або третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги при гострих порушеннях фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, які не загрожують його життю чи здоров'ю оточуючих.
Вторинна (спеціалізована) медична допомога	вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах в плановому порядку або невідкладних випадках лікарями та іншими медичними працівниками закладу охорони здоров'я відповідного типу та спеціалізації і не включає високо спеціалізовані та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, що належать до третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
Третинна (високоспеціалізована) медична допомога	вид медичної допомоги, яка передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних медичних послуг з використанням високотехнологічного обладнання.
Перинатальний центр III рівня	це лікувальний заклад високого рівня, свого роду, верхівка вертикалі надання медичної допомоги матерям і дітям в регіоні, тобто він є не тільки лікувальним закладом, а ще й організаційно-методичним центром.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. З яких складових частин складається акушерсько-гінекологічне об'єднання?
2. Головні завдання жіночої консультації?
3. Які заклади системи охорони здоров'я надають акушерсько-гінекологічну допомогу?
4. Що собою являє етапність надання акушерсько-гінекологічної допомоги сільському населенню?
5. Які виділяють ступені ризику майбутніх пологів?
6. Які відділення включають в себе стаціонар пологового будинку?
7. Показання для госпіталізації жінок в обсерваційне пологове відділення.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Визначати етап надання акушерсько-гінекологічної допомоги в залежності від рівня перинатального ризику
2. Проводити обстеження вагітної жінки в жіночій консультації
3. Визначати показання для госпіталізації вагітної в пологовий стаціонар II та III рівня

### V. Зміст навчального матеріалу СТРУКТУРА І ОРГАНІЗАЦІЯ

#### АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Охорона здоров'я жінки, матері і дитини є першочерговим державним завданням. Правильна організація акушерсько-гінекологічної допомоги в значній мірі визначає її ефективність.

Особливе значення має співпраця акушерської та гінекологічної служби з терапевтичною службою, диспансеризація та оздоровлення населення в підлітковому віці, перед вступом до шлюбу і створенням сім'ї. Важливим завданням акушерства є перинатальна охорона плода, покращання діяльності центрів і кабінетів пренатальної діагностики, загальної медичної і спеціалізованої допомоги вагітним жінкам.

Лікувально-профілактична допомога жінкам надається в амбулаторно-поліклінічних, лікарняних і санаторно-курортних закладах, а також в закладах швидкої медичної допомоги.

Основні заклади охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну допомогу:

1. Об'єднаний пологовий будинок (загального профілю і спеціалізований по одному із видів патології вагітних: серцево-судинні, ендокринні захворювання, туберкульоз, серологічна несумісність крові матері та плоду, невиношування вагітності та ін.). В неспеціалізованих пологових будинках є відділення або палати для вагітних, роділь і породіль з вказаними захворюваннями.

2. Жіноча консультація, яка може бути структурним підрозділом пологового будинку, поліклініки або амбулаторії.

3. Акушерські та гінекологічні відділення міських, обласних, районних, відділкових та інших лікарень.

Згідно розпорядження Міністерства охорони здоров'я можуть створюватись і інші заклади, не передбачені номенклатурою (санаторії для вагітних, матері і дитини, медико-генетичні консультації). Крім того, акушерсько-гінекологічна допомога жінкам може надаватись закладами, які не входять в систему охорони материнства і дитини (будинки відпочинку для вагітних, акушерсько-гінекологічні відділення і жіночі консультації відомчих лікарень і т д ).

У великих містах створюються консультації з питань шлюбу та сім'ї, де надається консультативна і лікувально-профілактична допомога при захворюваннях, які приводять до порушення сімейно-шлюбних відносин. В цих консультаціях є кабінети сексопатологічної допомоги, дитячої гінекології, жіночого та чоловічого безпліддя, по невиношуванню вагітності, лікуванню патологічного клімаксу, плануванню сім'ї та інші. Також у великих містах організуються медико-генетичні консультації або кабінети. Їх діяльність направлена на профілактику, своєчасне виявлення і лікування складних хвороб, невиношування вагітності та пов'язаних з цим ускладнень для матері і дитини.

Акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості проводиться поетапно:

*I етап* – сільський лікарський відділок. Він включає: фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), колгоспний пологовий будинок та пологові і гінекологічні ліжка, кабінети акушерства та гінекології в відділкових лікарнях або в самостійній лікарняній амбулаторії.

*II етап* – районні заклади. Головними з них є: районний пологовий будинок та центральна районна лікарня (ЦРЛ), яка, в свою чергу, об'єднує жіночу консультацію та акушерсько-гінекологічні відділення.

*III етап* – обласні заклади. Сюди входять: обласний пологовий будинок, акушерсько-гінекологічні відділення обласної лікарні, міський пологовий будинок обласного центру (виконує функції обласного пологового будинку), кабінети лікарів акушер-гінекологів обласної поліклініки. Вищий рівень цього етапу – республіканські (державні) консультативні центри, науково-дослідні інститути охорони матері і дитини, кафедри акушерства і гінекології медичних вузів.

На етапі сільського лікарняного відділку за надання лікувально-профілактичної допомоги жінкам відповідає головний лікар відділкової лікарні. В районі загальне керівництво виконує головний лікар ЦРЛ, а безпосередньо – при населенні району 70 тисяч чоловік і більше – заступник головного лікаря ЦРЛ по дитинству і пологовій допомозі; при населенні менше ніж 70 тисяч – позаштатний районний акушер-гінеколог. В обласних закладах відповідає – головний акушер-гінеколог – штатний спеціаліст управління охорони здоров'я обласного виконавчого комітету.

### ЖІНОЧА КОНСУЛЬТАЦІЯ

Жіноча консультація – це амбулаторно-поліклінічне відділення диспансерного типу, в роботі якого найбільш достатньо відображається основний принцип сучасної охорони здоров'я – єдність профілактики та лікування.

Метою діяльності жіночої консультації є надання лікувально-профілактичної допомоги, яка спрямована на оздоровлення жінок; профілактики материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Для досягнення цієї мети у жіночій консультації вирішуються такі завдання:

1. Здійснення лікувально-профілактичних заходів, що спрямовані на попередження ускладнень вагітності, пологів, післяпологових та гінекологічних захворювань; проведення перинатальної охорони плоду.

2. Надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги.

3. Проведення роботи по контрацепції та попередженню абортів.

4. Впровадження у практику сучасних методів діагностики, профілактики та лікування патології вагітності, захворювань роділь та гінекологічних хворих.

5. Проведення санітарно-просвітницької роботи.

6. Забезпечення жінок соціально-правовим захистом у відповідності з законодавством про охорону материнства та дитинства.

7. Забезпечення послідовності в обстеженні та лікуванні вагітних жінок, породіль та гінекологічних хворих.

8. Здійснення систематичного зв'язку з пологовим будинком (відділенням) поліклінік, відділень швидкої та невідкладної допомоги, інших лікувально-профілактичних установ (протитуберкульозного, шкірно-венерологічного, онкологічного диспансерами та ін.);

9. Проведення роботи по плануванню сім'ї.

Жіночі консультації працюють в поєднанні з акушерськими стаціонарами, поліклініками, а також як самостійні лікувально-профілактичні заклади.

Не дивлячись на численність завдань, які виконуються лікарями під час нагляду за вагітними, головним залишається виявлення серед них груп високого ризику перинатальної та материнської смертності. Жінкам цієї групи необхідно проводити цілеспрямовані профілактичні заходи і забезпечити розродження в стаціонарі, що відповідає ступеню виявленого ризику.

До I (низького) ступеню відносять пологи у жінок, що народжують вдруге або втретє і мають неускладнений перебіг вагітності; жінок з першою вагітністю без акушерських ускладнень та екстрагенітальних захворювань з нормальними даними акушерської антропометрії; жінок, що народжують вперше, які мають не більше одного неускладненого абортів в анамнезі.

До II (середнього) ступеню ризику відносять пологи у вагітних з екстрагенітальними захворюваннями, анатомічно вузьким тазом, великим плодом, неправильним положенням плоду, передлежанням плаценти, а також у вагітних старших вікових груп (понад 30 років). До цієї групи відносяться жінки з гестозами, інфекційними ускладненнями, мертвим плодом, кількома абортами, перинатальною загибеллю плоду в анамнезі, із звичним невиношуванням та загрозою невиношування, жінки з пологами, що ускладнені кровотечею, а також жінки з операціями на матці.

До III (високого) ступеню ризику відносять пологи у вагітних з важкими екстрагенітальними захворюваннями: ревматичний або септичний ендокардит, серцева недостатність, гіпертонічна хвороба II-III ст, загострення системних захворювань сполучної тканини, гепатоз, відшарування та передлежання плаценти, бактеріальний та больовий шок, емболія навколоплідними водами.

Направлення вагітних у стаціонар із врахуванням ступеню ризику дозволяє виконати принцип етапності розродження та сприяє зниженню перинатальної та материнської смертності.

### СТАЦІОНАР ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ

Стаціонар пологового будинку, акушерські та гінекологічні відділення лікарні призначені для надання кваліфікованої медичної допомоги жінкам під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, гінекологічним хворим, а також для забезпечення кваліфікованої медичної допомоги та догляду за новонародженими.

Пологовий будинок (відділення) надає допомогу по територіальному принципу, але перша та невідкладна допомога надається всім вагітним та породіллям незалежно від місця проживання та відомчої підпорядкованості установ. Госпіталізація здійснюється за направленням компетентних медичних працівників, але жінка може сама звернутися до пологового будинку (відділення).

Стационар пологового будинку включає наступні відділення: пологове та післяпологове відділення, відділення патології вагітних, гінекологічне відділення та відділення новонароджених. Пологове та гінекологічне відділення пропонують по можливості розміщувати у різних корпусах. Приймально-оглядові приміщення акушерських та гінекологічних відділень повинні бути розміщені окремо. В них є кімната-фільтр та оглядові кімнати, звідки після санітарної обробки жінка поступає у відповідне відділення. Пологове відділення (приміщення пологового блоку) має оглядову кімнату, передпологові та пологові палати, палати інтенсивної терапії, операційну, післяпологові палати.

Згідно наказу МОЗ України № 4 від 5.01.1996 року в пологових стаціонарах введено спільне перебування матері і дитини, яке знижує частоту захворювання породіллі та новонароджених, дає можливість забезпечити раннє прикладання до грудей і навчити матір доглядати за новонародженим. При спільному перебуванні матері та новонародженого їх розміщують в палатах на одне – три ліжка. У палаті знаходяться медичні терези, сповивальний стіл та медикаменти, що використовуються для догляду за новонародженим.

#### ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР

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

Перинатальний центр III рівня – це лікувальний заклад високого рівня, свого роду, верхівка вертикалі надання медичної допомоги матерям і дітям в регіоні, тобто він є не тільки лікувальним закладом, а ще й організаційно-методичним центром. Усі інші структури служби підпорядковані йому з метою впровадження ідеології до рівня сімейного лікаря, фельдшерсько-акушерського пункту, акушерки і відповідно до кожної окремо взятої людини. Завдання перинатального центру – сформулювати цю ідеологію, визначити чіткі правила і контролювати їх дотримання, за необхідності – вносити корективи, організувати конференції, клінічні аналізи тяжких випадків. Завдання місцевої влади – забезпечити транспортування і маршрутизацію жінки із найвіддаленішого куточка до перинатального центру.

*Перинатальний ризик* – це ймовірність серйозних ускладнень з боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів, у післяпологовому періоді та періоді ранньої неонатальної адаптації, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності. Перинатальний ризик поділяють на три основні види: материнський, фетальний та поєднаний.

Під материнським перинатальним ризиком розуміють імовірність критичного стану жінки, виникнення інвалідизації, материнської смерті внаслідок важкого захворювання або його ускладнень. Приклади: ішемічна хвороба серця, аортальний стеноз, серцева недостатність високого функціонального класу, бронхіальна астма, гемофіліїні стани тощо.

Під фетальним перинатальним ризиком розуміють імовірність порушення розвитку плода, виникнення вроджених і спадкових дефектів здоров'я внаслідок різноманітних причин, іноді не пов'язаних зі станом здоров'я матері. Приклади: трисомія 21-ї хромосоми, вживання тератогенних та/або фетотоксичних препаратів, бактеріальний вагіноз, гострий токсоплазмоз, первинна гостра герпетична інфекція, невиношування вагітності, ізоімунний конфлікт тощо.

Під поєднаним перинатальним ризиком розуміють імовірність одночасного виникнення серйозних ускладнень з боку матері і плода внаслідок певних захворювань матері. Приклади. передгестаційний цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ціанотична вада серця, висока легенева гіпертензія, гломерулонефрит тощо.

Такий розподіл має умовний характер, але є виправданим клінічно, оскільки окремі патологічні стани обумовлюють високу небезпеку переважно для матері, інші – переважно для плода. Оцінка ризику з визначенням його переважного виду дає змогу розробити індивідуальний план ведення вагітної з подальшим створенням для неї мультидисциплінарної

команди відповідно до профілю патології та визначення місця і терміну госпіталізації, строків і способу розродження.

*Динамічний ризик.* Відповідно до сучасної концепції перинатальної медицини, перинатальний ризик слід оцінювати при кожному відвідуванні вагітною лікаря, а не по триместрах, як рекомендували раніше. Саме такий підхід отримав назву *динамічного* перинатального ризику, чим підкреслюється можливість кардинальних змін індивідуального плану ведення вагітною на будь-якому етапі спостереження. Слід зазначити, що ступінь ризику може змінюватись багато разів протягом вагітності, але частіше – у бік підвищення.

На сьогодні розглядаються такі чинники ризику.

#### I. Соціальні:

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

(СНІДу).

#### II. Соціально-економічні індикатори:

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

#### III. Медичні:

##### A. Медичні та загальні індикатори:

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

15. Патологічний набір маси тіла.
16. Вживання потенційно тератогенних медикаментів.
17. Травми.
18. Психічні захворювання.

Б. Акушерський анамнез:

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

IV. Генетичні:

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

*Рівні перинатальної допомоги: заклади охорони здоров'я, критерії, обсяги.* Перинатальна допомога має на меті зменшити показники материнської і малюкової захворюваності та смертності. Перинатальна допомога розподіляється на амбулаторну та стаціонарну.

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

*Особливості перинатальної допомоги в умовах регіоналізації:*

1. Розподіл акушерських стаціонарів на три рівні, кожен з яких має специфічні завдання і повноваження.
2. Динамічна оцінка ризику для кожної вагітної з визначенням рівня закладу, де має надаватись акушерська і неонатальна допомога.
3. Відповідність лікувально-діагностичних можливостей закладу ступеню перинатального ризику конкретної пацієнтки.
4. Доступність, своєчасність і безпечність перинатальної допомоги, що надається кожній вагітній.
5. Координація усієї перинатальної служби всередині регіону регіональним перинатальним центром III рівня, координація діяльності регіональних перинатальних центрів III рівня

**Функції та можливості закладів різних рівнів надання перинатальної допомоги**

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

<p>пологових будинків та/або міських багатопрофільних поліклінік та/або міських багатопрофільних лікарень.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>На госпітальному етапі</b> – міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у т.ч. на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень (центральных районних лікарень), що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування до 60 км.</li> </ul>	<p>акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла <math>\geq 1500</math> г (термін гестації <math>\geq 34</math> тиж.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• У ЗОЗ II рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених. Кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше трьох ліжок.</li> <li>• Якщо вагітна, роділля, породілля, новонароджений потребуватимуть госпіталізації на III рівні надання медичної допомоги, необхідно стабілізувати їх стан та викликати спеціалізований транспорт (спеціалізовану лікарську бригаду) з ЗОЗ вищого рівня для переведення вагітної та/або роділлі та/або породіллі та/або новонародженого.</li> <li>• На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога надається у відділенні патології вагітних, пологовому відділенні з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених лікарні інтенсивного лікування.</li> </ul>	<p>новонароджених середнього ступеня тяжкості, недоношених новонароджених у терміні понад 34 тиж.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Забезпечення базової допомоги.</li> <li>• Допомога вагітним з високим перинатальним ризиком.</li> </ul>
<p><b>III рівень регіональний перинатальний центр (високоспеціалізована)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний перинатальний центр або міський перинатальний центр (міст Києва та Севастополя) як юридична особа, так і організаційно-структурна модель, створена із залученням окремих структурних підрозділів закладів охорони здоров'я III рівня надання</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів) та новонародженим з масою тіла <math>&lt; 1500</math> г і терміном гестації <math>&lt; 34</math> тиж., у т.ч. новонародженим із критично низькою вагою при народженні незалежно від патології.</li> <li>• Надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у т.ч. з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги.</li> <li>• Взаємодія з іншими ЗОЗ.</li> <li>• У ЗОЗ III рівня перинатальної допомоги повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу.</li> <li>• Транспортування матері та новонародженого із закладів нижчого рівня.</li> <li>• Аналіз і оцінка результатів діяльності перинатальної служби в регіоні.</li> <li>• Розробка і забезпечення місцевих (регіональних) програм освіти населення з питань репродуктивного здоров'я, навчання медичних працівників базового і спеціалізованого рівнів надання перинатальної допомоги.</li> <li>• Створення і постійна підтримка регіонального реєстру вагітних високого ризику.</li> </ul>

<p>медичної допомоги.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Система регіоналізації перинатальної допомоги передбачає створення перинатального центру III рівня потужністю, яка визначається потребою у високоспеціалізованій перинатальній допомозі, в розрахунку 1 на 7 000–10 000 пологів, крім м. Севастополя</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Надання всебічної перинатальної допомоги безпосередньо скерованим і переведеним жінкам та новонародженим усіх категорій ризику, включаючи базову та спеціалізовану допомогу.</li> <li>Дистанційне консультування в режимі on-line.</li> <li>Навчання спеціалістів ЗОЗ, які надають перинатальну допомогу.</li> </ul>
--	--	---

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

I. Акушерська патологія:

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

II. Екстрагенітальна патологія:

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

III. Стани плода:

1. Необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики.
2. Вроджені вади розвитку плода, які не потребують анте- або негайного постнатального хірургічного втручання.

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

I. Акушерська патологія:

1. Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 22–34 тиж.
2. Передчасні пологи в терміні 22–34 тиж.
3. Прееклампсія середнього та важкого ступенів.
4. Багатоплідна вагітність (крім неускладненого перебігу вагітності при спонтанній двійні).

5. Передлежання плаценти.
6. Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги.
7. Заплановані вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці.
8. Два і більше КР в анамнезі.

## II. Екстрагенітальна патологія:

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

## III. Стани плода:

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

## IV. Стани новонародженого:

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

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

### I. Екстрагенітальна патологія вагітних:

#### 1. Загальні показання:

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

#### 2. Хвороби системи кровообігу:

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

#### 3. Хвороби дихальної системи:

- легенева недостатність II і III ступенів;
  - патологія, що обумовлює загрозу пневмотораксу;
  - хронічні бронхолегеневі хвороби з високою легеневою гіпертензією.
4. Новоутворення:
- новоутворення будь-якої локалізації злоякісної природи чи зі злоякісним клінічним перебігом;
  - системні пухлинні захворювання;
  - гемобластози.
5. Хвороби нирок і сечовидільної системи:
- гострий гломерулонефрит при неможливості надання допомоги на III рівні;
  - хронічна хвороба нирок III і вище стадії;
  - вазоренальна гіпертензія;
  - стан після трансплантації нирки.
6. Хвороби крові й кровотворних органів:
- залізодефіцитна анемія тяжкого ступеня;
  - інші види анемії (апластична, В<sub>12</sub>-дефіцитна, гемолітична тощо);
  - ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура;
  - вторинні тромбоцитопенії тяжкого ступеня (тромбоцити  $\leq 50 \cdot 10^9/\text{л}$ );
  - дезагрегаційна тромбоцитопатія;
  - будь-які інші гемофілічні стани;
  - вроджені і набуті тромбофілії.
7. Хвороби органів травлення:
- дифузні захворювання печінки з портальною гіпертензією, або гепатоцелюлярною недостатністю, або з холестатичним чи цитолітичним синдромом;
  - хронічні шлунково-кишкові захворювання, що обумовлюють небезпеку для здоров'я під час вагітності або пологів;
  - спленомегалія із симптомами гіперспленізму.
8. Захворювання центральної і периферичної нервової системи:
- будь-які захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, за місцем мешкання потребують лікування або розродження у ДПЦ.
9. Ендокринні хвороби:
- цукровий діабет 1-го і 2-го типів з тяжкими хронічними ускладненнями;
  - хронічна наднирникова недостатність;
  - гіперальдостеронізм;
  - хвороба та синдром Іценка-Кушинга;
  - феохромоцитома;
  - гіперпаратиреоз, гіпопаратиреоз;
  - ендокринні захворювання у поєднанні із захворюваннями порушення обміну речовин, рідкісними формами.
10. Інші екстрагенітальні захворювання:
- будь-які не перелічені вище захворювання, які, згідно з висновком лікарського консилиуму, обумовлюють загрозу життю жінки під час вагітності або пологів.
- II. Акушерська і гінекологічна патологія у вагітних у поєднанні з важкою екстрагенітальною патологією.
- III. Патологія плода:
- необхідність інвазивної пренатальної діагностики;
  - Вроджені вади розвитку, фетальні синдроми, що потребують хірургічної корекції в ранньому неонатальному періоді.

## **VI. Матеріали для самоконтролю:**

### **A. Контрольні запитання:**

1. З яких складових частин складається акушерсько-гінекологічне об'єднання?
2. Головні завдання жіночої консультації ?

3. Які заклади системи охорони здоров'я надають акушерсько-гінекологічну допомогу?
4. Що собою являє етапність надання акушерсько-гінекологічної допомоги сільському населенню?
5. Які виділяють ступені ризику майбутніх пологів?
6. Які відділення включають в себе стаціонар пологового будинку?
7. Показання для госпіталізації жінок в обсерваційне пологове відділення.

#### **В. Задачі для самоконтролю:**

1. Перший рівень надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню включає сідуючі заклади:
  - А. ЦРЛ, міські лікарні (без відділень анестезіології та реанімації);
  - В. ЦРЛ, міські лікарні, міські пологові будинки (з відділенням анестезіології та реанімації), черговий неонатолог;
  - С. обласний пологовий будинок, перинатальний центр, НДІ ПАГ АМН України.
2. Які установи забезпечують надання медичної допомоги новонародженим масою тіла  $\leq 1800$ г і терміном гестації  $\leq 34$  тиж?
  - А. III рівня;
  - В. II рівня;
  - С. I рівня.
3. Які підрозділи не входять в структуру пологового будинку?
  - А. відділення функціональної діагностики;
  - В. жіноча консультація;
  - С. обсерваційне відділення;
  - Д. медичний архів.
4. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає:
  - А. планування сім'ї;
  - В. лікування ревматизму;
  - С. розродження вагітної з вузьким тазом;
  - Д. санація вогнищ інфекцій.
5. Сімейний лікар має проводити діагностичні заходи щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, крім:
  - А. огляду шийки матки в дзеркалах;
  - В. оцінку стану плоду;
  - С. визначення ступеню статевого розвитку;
  - Д. діагностика терміну вагітності.

### **VII. Рекомендована література:**

#### **Базова**

1. Айламазян Э.К. Акушерство / Айламазян Э. К. – Санкт-Петербург.: СпецЛит, 2003. – 528с.
2. Акушерство / [Грищенко В.І., Щербина М.О., Венцківський Б. М., Потапова Л. В., Лазуренко В.В. та інші] за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини - К.: Медицина, 2009. – 410 с.
3. Акушерство та гінекологія / [А.М.Громова, В.К.Ліхачов, Л.М.Добровольська, А.П.Голубев та ін.] за ред. А.М. Громової, В.К. Ліхачова – П.: Полтава, 2000. – 600с.
4. Акушерство / [Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Ляховська Т.Ю. Удовицька Н.О., Макаров О.Г., Тарановська О.О]. – Полтава : Дивосвіт, 2015. – 336 с.
5. Акушерсько-гінекологічний практикум / [Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Семенюк Л.М., Яремчук Л.В.]. – П. : Дивосвіт, 2014. - 212 с.

6. Акушерство / [Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. и др.]; под ред. Г.М. Савельевой. — Москва : Медицина, 2000. — 816 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов медицинских вузов)
7. Акушерство. Национальное руководство [Айламазян Э.К., Кулаков В. И., Радзинский В.Е., Савельева Г. М.] – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200с.
8. Дуда В. И. Акушерство: /В. И. Дуда. – М.: РИПО, 2013. – 576 с.
9. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Т.1 /Запорожан В.М., Цегельський М. Р., Рожковська Н.М. – Одеса : Одес.держ.мед.ун-т, 2005. – 472с.
10. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей / В.К. Лихачев – Москва: МИА, 2010.-720 с.
11. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом / Лихачев В.К. – М.: Медицинское информац. агентство, 2014.- 497 с.
12. Степанківська Г.К., Акушерство / Степанківська Г. К., Михайленко А.Т. – К.: Здоров'я, 2012. - 920с.

### Допоміжна

1. Абрамченко В. В. Фармакотерапия преждевременных родов: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – Санкт-Петербург.: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 446 с.
2. Абрамченко В. В. Фармакотерапия гестоза: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 477 с.
3. Акушерство. Клинические лекции [Макаров О. В., Озолиня Л. А., Керчелаева С. Б. и др.] под ред. О. В. Макарова – Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640с.
4. Акушерский фантом (пособие для студентов по фантомному курсу акушерства) / [ Иванов А. А., Ланковиц А. В.] под ред. И. Ф. Жордания – Москва : МЕДГИЗ, 1952. – 168с.
5. Ефективний антенатальний догляд. Навчальний посібник. / [ Арбузова С.Б., Бенедичук Ю.В.Грищенко О. В. та ін..] – К. 2012. – 508с.
6. Коктилова Е. Н. Неотложные состояния в акушерстве: учебное пособие / Коктилова Е. Н., Каткова Н. Ю. – Н.Новгород: НГМА, 2007.
7. Лихачев В. К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных / Лихачев В. К. – Полтава : Соломия, 2002. - 256с.
8. Лихачев В. К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение / Лихачев В. К. – П.: Соломия, 2000. - 104с.
9. Малиновский М.С. Оперативное акушерство / Малиновский М.С. – Москва : Медицина, 1974. – 416с.
10. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. / Назарова І. Б. – К.: Медицина, 2006. – 102 с.
11. Стрижаков А.М. Потеря беременности / Стрижаков А. М. – М.: МИА, 2007. - 224с.
12. Цинзерлинг В. А. Перинатальные инфекции / Циезерлинг В. А., Мельникова В. Ф. – СПб.: Элби-СПб, 2002. – 352с.

### Електронні посилання

[http://www.umsa.edu.ua/kafhome/akushgynecology2/kaf\\_akushgynecology2\\_download.html](http://www.umsa.edu.ua/kafhome/akushgynecology2/kaf_akushgynecology2_download.html)  
<http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>  
<http://www.medvedev.ua/>  
<https://www.facebook.com/drmohamed.sabry1>  
<https://www.facebook.com/sabryuptodate/>  
<http://femina-health.org.ua/>  
[http://medspecial.ru/for\\_doctors/](http://medspecial.ru/for_doctors/)  
<https://www.facebook.com/mehjabeen55/posts/>  
<http://g-academy.ru/obzor-statti>  
<http://philologist.livejournal.com/8753023.html>

<https://www.facebook.com/questionsobgyn/>  
<https://www.facebook.com/HEALTH24TM/>

Методичні вказівки до заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології  
№ 2 Шиманська Я. В.

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і  
гінекології №2, протокол № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.