

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

НОРМАТИВИ ОРГАНІЗАЦІЇ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Базовим документом для розробки Нормативи організації акушерсько-гінекологічної допомоги стала Глобальна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я «Охорона здоров'я жінок, дітей и подростков (2016–2030 гг.). Выживать. Процветать. Менять».

Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей ВООЗ 2010 р. створювалася з впевненістю, що світова спільнота може і повинна робити більше для порятунку життів і підвищення добробуту жінок і дітей. Проведена робота у світі під девізом: «Кожна жінка, кожна дитина» шляхом активної інформаційно-роз'яснювальної роботи допомогли істотно просунутися в досягненні Цілей тисячоліття в галузі розвитку, що стосуються охорони здоров'я. Оновлена Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків і досягнення державами-членами консенсусу щодо амбітного порядку денного сталого розвитку до 2030 р дають можливість розвинути досягнутий успіх.

Глобальна стратегія ВООЗ (2016-2030 рр.) охоплює і підлітків, оскільки вони відіграють ключову роль в досягненні поставлених завдань і в успіху порядку денного на період до 2030 р в ширшому сенсі. Допомагаючи підліткам реалізувати права, пов'язані зі здоров'ям, благополуччям, освітою і повноцінним, а також рівноправною участю в житті суспільства, їм надається можливість в повній мірі розкрити свій потенціал у дорослому віці.

Глобальна стратегія переслідує три основні цілі: вижити, процвітати, змінювати. Повномасштабна реалізація Стратегії, підкріплена орієнтацією на пріоритети і плани, а також подальший розвиток ініціативи «Кожна жінка, кожна дитина», дозволить створити світ, в якому жінки, діти і підлітки не будуть стикатися з підвищеним ризиком запобіжної смертності. Однак викорінення запобіжної смертності - це тільки початок. Формуючи сприятливе середовище для охорони здоров'я, Глобальна стратегія спрямована на зміну суспільства таким чином, щоб жінки, діти і підлітки по всьому світу могли реалізувати своє право на володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я і благополуччя. Це в свою чергу принесе значні соціальні, демографічні та економічні вигоди.

Це амбітна мета, але вона досяжна. Реалізувавши Глобальну стратегію, дається старт історичним перетворенням, які підвищать якість життя майбутніх поколінь, поклавши край запобіжній смертності жінок, дітей і підлітків у всьому світі, створивши умови реалізації свого потенціалу.

Глобальна стратегія, яка охоплює 15 років Цілей в галузі сталого розвитку задає напрямок для прискореної роботи в галузі охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків. Результатом її здійснення повинен стати тектонічний зсув в охороні здоров'я і сталий розвиток для жінок, дітей і підлітків до 2030 року.

У Глобальній стратегії використовується підхід «всього життєвого циклу», націлений на досягнення найвищих стандартів фізичного, психічного і соціального здоров'я і благополуччя на кожному віковому етапі. Здоров'я людини в кожному віковому періоді впливає на його здоров'я в наступні періоди, а також побічно впливає на наступне покоління. Більш того, в Глобальній стратегії застосовується комплексний і мультисекторальний підхід, в рамках якого суміжні фактори, такі як харчування, освіта, водопостачання, чисте повітря, санітарія, гігієна і інфраструктура, грають важливу роль в досягненні цілей сталого розвитку.

Глобальна стратегія заснована на глобальному консенсусі, висвітленому в таких документах, як Програма дій, прийнята на Міжнародній конференції з народонаселення та розвитку; Пекінська декларація і Платформа дій, узгоджені на четвертій Всесвітній конференції зі становища жінок; Огляд ЕКОСОП на рівні міністрів по глобальній охороні здоров'я і угоди, вироблені Комісією зі становища жінок.

Групою експертів, які розробляли Нормативи організації акушерсько-гінекологічної допомоги використані сучасні організаційні підходи, рекомендовані ВООЗ в документі «Стандарти підвищення якості медичної допомоги, оказуваної матерям і новонародженим в медичних закладах [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Визначення якості медичної допомоги, сформульоване ВООЗ звучить наступним чином: «здатність послуг охорони здоров'я, які надають окремим особам і групам пацієнтів, підвищувати бажані показники здоров'я. Для виконання цього завдання необхідно, щоб послуги охорони здоров'я відрізнялися безпекою, дієвістю, своєчасністю, ефективністю, соціальною справедливістю і зосередженістю на потребах і інтересах людей».

Діючі визначення критеріїв якісної медичної допомоги:

Безпека - надання медичної допомоги таким чином, щоб максимально знизити ймовірність ризиків і збитків для споживачів послуг (в тому числі не допустити виникнення попереджуваних травм і знизити число лікарських помилок).

Дієвість - надання послуг, в основі яких лежать наукові знання і науково обґрунтовані рекомендації.

Своєчасність - скорочення затримок, що виникають при наданні та отриманні медичної допомоги.

Ефективність - надання медичної допомоги в такій формі, яка дозволяє забезпечити максимально ефективне використання ресурсів і уникнути втрат.

Соціальна справедливість - надання медичної допомоги, якість якої не залежить від особистих характеристик пацієнта, таких як стать, расова або етнічна приналежність, географічне розташування або соціально-економічний статус.

Зосередженість на потребах і інтересах людей - надання медичної допомоги з урахуванням переваг і прагнень окремих споживачів послуг і культури, притаманної їх місцевим громадам.

Означені критерії ВООЗ рекомендує втілювати через конкретні стандарти якості медичної допомоги жінкам і їх дітям:

Стандарт 1. Всім жінкам і новонародженим надаються стандартні і науково обгрунтовані догляд і медична допомога в разі ускладнень під час пологової діяльності, розродження і раннього післяпологового періоду.

Стандарт 2. Система інформації з питань охорони здоров'я дозволяє використовувати дані з метою прийняття завчасних і належних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги, що надається всім жінкам і новонародженим.

Стандарт 3. У разі виявлення захворювання, яке не піддається лікуванню за допомогою наявних ресурсів, жінки і новонароджені переводяться до медичного закладу відповідного профілю.

Стандарт 4. Взаємодія з жінками та їхніми родинами носить ефективний характер і враховує їх потреби і переваги.

Стандарт 5. Надання медичної допомоги жінкам і новонародженим носить поважний характер і передбачає захист їх гідності.

Стандарт 6. Всім жінкам і членам їх сімей надається необхідна емоційна підтримка, яка враховує їх потреби і спрямована на розширення прав і можливостей жінок.

Стандарт 7. Всім жінкам і новонародженим на постійній основі надаються послуги компетентних і зацікавлених фахівців, які забезпечують медичну допомогу і лікування ускладнень.

Стандарт 8. У медичному закладі є належна фізична інфраструктура, в тому числі повноцінні системи водо-, енергопостачання та санітарії, а також лікарські засоби, витратні матеріали та обладнання, необхідні для проведення стандартних процедур медичної допомоги для матерів і новонароджених і лікування ускладнень.

При розробці Нормативів організації акушерсько-гінекологічної допомоги використані конкретні пропозиції ВООЗ у подоланні самих актуальних проблем здоров'я жінок та дітей, висвітлених у наступних документах: «Тенденції в області материнської смертності: 1990–2015 гг. Оценки ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Группы Всемирного банка и Отдела народонаселения ООН», «Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии», «Народжені занадто рано. Доповідь про глобальні дії по

відношенню до передчасних пологів», «Предупреждение ранней беременности и профилактика нарушений репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах. Призыв к действию», «Улучшение исходов при преждевременных родах. Рекомендации ВОЗ по мерам вмешательства для улучшения исходов при преждевременных родах», «Важен каждый ребенок. Аудит и анализ случаев мертворождения», «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции», «Роли работников здравоохранения в предоставлении медицинской помощи по безопасному прерыванию беременности и контрацепции после аборта».

Розділ I. Основні положення охорони здоров'я жінок, новонароджених та підлітків.

Формування та збереження репродуктивного здоров'я є запорукою якісної реалізації репродуктивного права кожної жінки. Необхідними складовими є: здоровий спосіб життя, статеве виховання, профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, планування сім'ї, прегравідарна підготовка, якісні послуги з питань спостереження за вагітністю та ведення пологів, догляд за новонародженим, мотивоване профілактичне динамічне спостереження жінки, своєчасне виявлення та лікування гінекологічних захворювань, профілактика онкогінекологічної патології що досягається шляхом застосування заходів у сфері громадського здоров'я.

З метою підвищення якості охорони здоров'я жінки, дитини та підлітка акушерсько-гінекологічна допомога будується на принципі співробітництва з науково-педагогічними працівниками кафедр акушерства і гінекології, неонатології, анестезіології вищих навчальних закладів відповідно до діючих нормативно-правових актів.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги із застосуванням телемедицини передбачає надання допомоги медичним службам з питань консультування, діагностики, лікування із використанням засобів віддаленого зв'язку із загальною інформацією в електронній формі, завдяки передачі електронних повідомлень, проведення відеоконференцій. Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини здійснюється за допомогою телемедичного консультування, телемедичного консилиуму, телеметрії, домашнього телеконсультування. Ведення медичної документації у таких випадках здійснюється на електронних носіях.

Обов'язкові критерії якості

1. Визначення якості медичної допомоги, сформульоване ВООЗ: здатність послуг охорони здоров'я, які надають окремим особам і групам пацієнтів, підвищувати бажані показники здоров'я. Для виконання цього завдання необхідно, щоб послуги охорони здоров'я вирізнялися безпекою, дієвістю, своєчасністю, ефективністю, соціальною справедливістю і зосередженістю на потребах та інтересах людей.
2. Безпека - надання медичної допомоги таким чином, щоб максимально знизити ймовірність ризиків і збитків для споживачів послуг (в тому числі не допустити виникнення попереджуваних травм та знизити число лікарських помилок).
3. Дієвість - надання послуг, в основі яких лежать наукові знання і науково обґрунтовані рекомендації.
4. Своєчасність - скорочення затримок, що виникають при наданні та отриманні медичної допомоги.

5. Ефективність - надання медичної допомоги в такій формі, яка дозволяє забезпечити максимально ефективно використання ресурсів та уникнути втрат.
6. Соціальна справедливість - надання медичної допомоги, якість якої не залежить від особистих характеристик пацієнта, таких як стать, расова або етнічна приналежність, географічне розташування або соціально-економічний статус.
7. Зосередженість на потребах і інтересах людей - надання медичної допомоги з урахуванням переваг і прагнень окремих споживачів послуг і культури, притаманної їх місцевим громадам.
8. Попередження та усунення неповажного поводження з жінками під час пологів у ЗОЗ, викорінення з акушерської практики ятрогенних втручань (додаток 1,2).

Розділ II. Нормативи організації акушерсько-гінекологічної допомоги дітям та підліткам.

1. Акушерсько-гінекологічна допомога надається лікарем, який має вищу освіту та пройшов інтернатуру за спеціальністю «Акушерство та гінекологія».
2. Гінекологічна допомога дітям надається лікарем, який має вищу освіту, пройшов інтернатуру за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» та спеціалізацію з напрямку «Дитяча гінекологія».
3. Малолітнім пацієнткам віком до 14 років медичні послуги надаються з дозволу батьків, неповнолітнім віком від 14 до 18 років – з особистої інформованої згоди (форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення»), у разі звернення батьків або законних представників, їм надається в усній формі інформація про стан здоров'я підлітка згідно з чинним законодавством.
4. У ЗОЗ дотримуються конфіденційності надання послуг, в т.ч. при листуванні, веденні медичної документації, телефонних розмовах тощо, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.
5. Здійснюється консультування з питань формування безпечної поведінки, відповідального ставлення до формування репродуктивного здоров'я, профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів.
6. Заохочення до ЗСЖ: правильного харчування з метою профілактики ожиріння, фізичної активності, профілактика тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків.

7. Інформування, консультування з питань статевого виховання: профілактика насильницьких, незахищених (профілактика небажаної вагітності та ПСШ), дошлюбних, статевих стосунків. Забезпечення інформацією з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, а також контрацепції.
8. Забезпечення психосоціальної підтримки, психічного здоров'я в критичних для підлітка ситуаціях (ПСШ, ВІЛ, непланована вагітність).
9. Здійснюється профілактика, виявлення та лікування інфекційних і неінфекційних захворювань, ПСШ, інших інфекцій репродуктивного тракту, в т.ч. ВІЛ, туберкульозу, сифілісу.
10. Попередження та боротьба з гендерним та домашнім насильством.
11. Здійснення вакцинації проти вірусу папіломи людини, вірусного гепатиту В, дифтерії, правця, краснухи та кору.
12. Профілактика, виявлення та лікування залізодефіцитної анемії, зокрема пов'язаної з аномальними матковими кровотечами та іншою патологією.
13. Проводиться навчання батьків необхідним навичкам для корекції поведінкових розладів у підлітків.
14. Здійснюється психологічна підтримка дітей та членів її сім'ї щодо попередження суїцидальної поведінки та корекція ризику.

Розділ III. Нормативи організації послуг з питань планування сім'ї.

1. Послуги з планування сім'ї передбачають забезпечення окремим особам та подружнім парам успіху в досягненні певних репродуктивних результатів: народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших чинників, визначати кількість дітей в сім'ї, запобігати непланованій вагітності.
2. Системність організації послуг з планування сім'ї забезпечується лікарями ЗПСМ, лікарями акушерами-гінекологами, спеціалістами центрів (кабінетів) планування сім'ї, лікарями дерматовенерологами, лікарями-педіатрами.
3. Співпрацювати з засобами масової інформації для висвітлення питань здорового способу життя, планування сім'ї, культури статевих стосунків.
4. Розробляти інноваційні технології щодо поширення інформації з питань планування сім'ї з урахуванням вікової категорії населення.
5. Співпрацювати з закладами освіти, соціальними службами, закладами культури для проведення просвітницьких кампаній, акцій для населення з питань планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я.

6. Медична допомога з питань планування сім'ї надається за клінічним протоколом «Планування сім'ї».

7. Консультативні послуги надаються:

- щодо здорового способу життя, культури статевого стосунку, профілактики сімейного насилля, безпечної сексуальної поведінки, відповідального ставлення до свого здоров'я, збереження родинних цінностей, підготовки до батьківства, формування і збереження репродуктивного здоров'я дітей, боротьби зі шкідливими звичками;

- з питань методів та засобів щодо запобігання небажаній вагітності, інформації про сучасні підходи до правильного вибору засобів контрацепції та їх використання за медичними критеріями прийнятності використання методів контрацепції у відповідності до класифікації ВООЗ;

- щодо використання поінформованого індивідуально обраного раціонального контрацептиву жінками, яким за станом здоров'я, вагітність загрожує здоров'ю та життю;

- попередження ППСШ, в тому числі ВІЛ, вірусних гепатитів, консультування з питань перинатальних інфекцій;

- щодо відтермінування ранніх позашлюбних статевих стосунків з метою попередження ППСШ, ранньої та непланованої вагітності.

8. Жінкам, які користуються методами контрацепції, рекомендується і забезпечується проведення щорічних профілактичних гінекологічних оглядів.

9. У разі виникнення ускладнення при використанні контрацептиву пацієнтка забезпечується медичною допомогою у відповідності до клінічного протоколу «Планування сім'ї».

10. Лікарі ЗПСМ здійснюють виявлення жінок з групи ризику щодо небажаної вагітності (жінок, які зловживають алкоголем, наркотичними та психоактивними речовинами) для проактивного забезпечення їх засобами контрацепції за їхньою згодою.

11. Здійснюється моніторинг та звітність щодо використання населенням методів контрацепції.

12. У разі, якщо жінка планує вагітність, але бажає її відтермінувати для проведення комплексного обстеження подружжя і прегравідарної підготовки, консультування має бути спрямоване на вибір методу контрацепції зі швидким відновленням фертильності.

13. У післяпологовому періоді лікуючий лікар акушер-гінеколог акушерського стаціонару забезпечує консультування та індивідуальний підбір контрацептиву у відповідності до поінформованого вибору породіллі, її репродуктивних планів, віку та стану здоров'я жінки та її сексуального партнера, економічної спроможності використання запропонованого методу

(лікар має пояснити економічний зиск використання того чи іншого контрацептиву у відповідності до віку жінки та терміну дії методу). Рекомендований метод контрацепції фіксується в Історії вагітності та пологів (форма 096/о).

Лікуючий лікар акушерського стаціонару для жінок з групи ризику небажаної вагітності обговорює з пацієнткою можливість застосування конкретного методу контрацепції за її добровільною згодою (метод добровільної хірургічної стерилізації під час операції кесарева розтину, введення ВМС після пологів або інші методи). Для таких випадків акушерський стаціонар забезпечується необхідним запасом контрацептивів, в тому числі за рахунок співпраці з волонтерами.

Пріоритетним завданням допомоги з планування сім'ї є мотивування жінки дотримуватись перерви між пологами не менше 2-3 років, оскільки це є важливим фактором для здоров'я матері і дитини. Інтервал між пологами у 2-3 роки зменшує ризик ускладнень наступної вагітності і пологі та дитячої і материнської смертності.

14. Вибір методу контрацепції проводиться відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо оцінки ризику для здоров'я та користі від його використання за Класифікацією категорій медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції, наведених у (додатку 3), клінічного протоколу «Планування сім'ї» та рекомендацій ВООЗ 5 перегляду (додаток 4).

15. Дані щодо призначення контрацептиву заносяться лікарем ЗПСМ або лікарем акушером-гінекологом до Медичної карти амбулаторного хворого (форма 025/о).

16. Якщо у пацієнтки при виборі методу контрацепції діагностовано захворювання, яке є тимчасовою перешкодою для використання методу контрацепції, їй призначається відповідне лікування, після чого пацієнтці надається рекомендація щодо використання бажаного методу контрацепції.

17. З метою ефективного попередження непланованої вагітності у жінок з тяжкою соматичною (екстрагенітальною) патологією, при якій вагітність та пологи загрожують життю жінки проактивно застосовують ефективні методи попередження вагітності, зокрема метод добровільної хірургічної стерилізації, за їх інформованою згодою.

18. Забезпечення населення послугами з планування сім'ї потребує співпраці:

- з відділами реєстрації актів цивільного стану для надання консультативної допомоги з питань попередження непланованої вагітності та ПСШ особам, які беруть шлюб у відповідності до ст. 30 Сімейного кодексу;

- з медико-генетичною, дермато-венерологічною службами, спеціалістами, що надають медичні послуги з ВІЛ-інфекції, "Клініками, дружніми до молоді", засобами масової інформації, громадськими

організаціями з метою ефективного використання можливостей попередження небажаної вагітності.

Розділ IV. Нормативи організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.

А. Нормативи організації підготовки до вагітності.

1. Здійснювати інформаційні заходи (інформаційні кампанії, друковані матеріали, групові консультації) для забезпечення сексуального та репродуктивного здоров'я, підготовки до планованої вагітності, включаючи питання контрацепції.
2. Виявлення і модифікація факторів ризику (харчування, ожиріння, куріння, вживання алкоголю, психічне здоров'я, вплив факторів навколишнього середовища) і генетично обумовлених захворювань при підготовці до вагітності.
3. Профілактика, виявлення та лікування інфекційних та неінфекційних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також інших інфекцій репродуктивного тракту, в тому числі ВІЛ, туберкульозу та сифілісу.
4. Рекомендувати жінці, яка планує вагітність, використовувати дієтичні добавки та призначати препарати фолієвої кислоти або комбіновані гормональні контрацептиви з фолатами, прийом яких упродовж 3-х місяців, передуючи запланованій вагітності, дасть можливість наситити організм жінки фолатами на першій триместр вагітності в період органогенезу. Це є ефективним прегравідарним заходом для профілактики вроджених вад розвитку плода. Окрім цього тримісячна підготовка до вагітності дасть можливість подружній парі здійснити необхідне обстеження, оздоровчі заходи та виконати рекомендації щодо ЗСЖ, зокрема не застосування тютюнопаління та алкоголю.
5. Скринінг та профілактика раку шийки матки і раку молочної залози.
6. Використання дієтичних добавок та призначення препаратів заліза при підготовці до вагітності при наявності залізодефіцитної анемії.
7. У жінок зі звичним невиношуванням поза вагітністю провести комплексне обстеження, включаючи виявлення тромбофілічних розладів, та призначити за їх наявності антикоагулянти. При підтвердженні гормональної причини невиношування - корекція гормонального статусу (Додаток 5).
8. Запобігання та боротьба з гендерним та домашнім насильством.

Б. Нормативи організації амбулаторної акушерської допомоги.

1. Амбулаторна акушерська допомога надається вагітній за зверненням у відповідності до чинного законодавства щодо вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я.

2. Перше звернення вагітної для обліку за перебігом вагітності має бути до лікаря загальної практики – сімейної медицини, з яким укладено декларацію, або до лікаря акушера-гінеколога.

2.1. При першому зверненні з приводу вагітності забезпечується:

- збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма № 111/о та Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні - форма №113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою (додаток 6), форму первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення», інформаційної згоди. Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.

- консультування щодо використання презервативів під час цієї вагітності для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), та можливого ризику перинатальної передачі ІПСШ, в т.ч. ВІЛ, вірусів гепатиту В (ВГВ) і гепатиту С (ВГС) плоду і новонародженому та способах їх попередження; доцільності консультування статевого партнера вагітної щодо ЗСЖ; планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому.

3. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до лікуючого лікаря за період спостереження становить в середньому вісім-дев'ять разів (бажано разом з батьком дитини) у відповідності до графіку візитів вагітної (додаток 7).

3.1. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносяться до «Індивідуальної карти вагітної і породіллі» та «Обмінної карти» із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована - згодна/незгодна»).

3.2. Вагітним із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також з неускладненим перебігом вагітності, які знаходяться під динамічним спостереженням лікаря ЗПСМ, обов'язково проводяться консультації лікаря акушера-гінеколога в 19-21 і 30 тижнів вагітності. Лікар ЗПСМ надає лікарю акушера-гінекологу інформацію про стан здоров'я вагітної.

3.2.1 Надається інформація вагітній про необхідність та порядок спостереження за перебігом вагітності у лікаря-акушера-гінеколога. Протягом 7-ми діб після скерування вагітної до лікаря акушера-гінеколога

здійснює активний патронаж вагітної вдома для з'ясування ситуації щодо консультації у лікаря акушера-гінеколога.

3.2.2. Здійснюється заходи з профілактики, виявлення інфекційних і неінфекційних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, та інших інфекцій репродуктивного тракту, в тому числі ВІЛ, туберкульозу та сифілісу.

3.2.3. Здійснюються заходи з виявлення факторів ризику перебігу вагітності (харчування, ожиріння, куріння, вживання алкоголю, психічне здоров'я, вплив факторів навколишнього середовища) та їх модифікація

3.2.4. Виявляти фактори ризику генетично обумовлених захворювань та здійснювати заходи з їх корекції.

3.3. Усім вагітним при першому зверненні здійснюється скринінг на ВІЛ (за згодою) із застосуванням експрес-тестів для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ 1/2 та антигену р24 ВІЛ-1. Пропонується також обстеження її чоловіка (партнера). У разі відмови жінки від тестування на ВІЛ при першому обстеженні слід здійснювати ДТК з наданням інформації щодо доцільності обстеження та, у разі позитивного ВІЛ-статусу, передачі ВІЛ плоду.

3.3.1. У ЗОЗ здійснюються заходи щодо отримання підтверджуючого результату обстеження на ВІЛ упродовж 2 тижнів для прискорення початку АРТ з метою ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у відповідності діючих медико-технологічних документів.

3.4. Усім вагітним при першому зверненні здійснюється скринінг за допомогою експрес-тестування на сифіліс. У разі отримання позитивного результату проводиться обстеження з виявлення серологічних маркерів.

3.4.1. У разі виявлення сифілісу здійснюється лікування у відповідності до діючих медико-технологічних документів та пропонується обстеження її чоловіка (партнера).

3.5. Усім вагітним проводити скринінг на вживання наркотиків та інших психоактивних речовин проводиться за допомогою профілактичного опитувальника для роботи з вагітними за анкетною «АССИСТ» (додаток 8);

3.6. Проводити скринінг на гестаційний діабет (додаток 9).

3.7. Здійснити організаційні заходи щодо профілактики преєклампсії та еклампсії (додаток 10).

3.8. Здійснити оцінку показань до направлення на медико-генетичну консультацію Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають медико-генетичному обстеженню та консультуванню (додаток 11).

3.9. Здійснити оцінку умов праці. Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідності (додаток 12)

3.10. Вагітній в 11+1 - 13+6 тиж. та 18-20+6 тиж. вагітності забезпечується комбінований пренатальний скринінг (таблиця та алгоритм скринінгу наведена у додатку 11), який включає ультразвукове дослідження (УЗД) за протоколами (додатки 13, 14), та біохімічний скринінг 1 та 2 триместру з розрахунком ризику хромосомних анеуплоїдій та вродженої патології.

3.10.1. У групах ризику проводяться діагностичні або уточнюючі методи – інвазивні, інструментальні (МРТ), лабораторні (цитогенетичні, молекулярно-генетичні, біохімічні), дослідження вільної фетальної ДНК в материнській крові (НІПТ).

3.10.2. Скринінгове УЗД I триместру обов'язково включає оцінку анатомічних структур плода, кровоплину в маткових артеріях та двох ехографічних маркерів - комірцевого простору та кістки носу. В спеціалізованих ЗОЗ також вимірюються додаткові маркери - кровоплин через тристулковий клапан і венозну протоку. Скринінгове УЗД I триместру проводиться фахівцем, який отримав у визначеному порядку спеціальну підготовку з пренатальної діагностики, сертифікацію у Fetal Medicine Foundation (FMF) і проходить у FMF щорічний аудит своїх результатів. Вимоги до проведення та оформлення скринінгового ультразвукового дослідження I триместру вагітності під час неускладненої вагітності регламентовані відповідним стандартом доказової медицини.

3.10.3. Кінцевим обов'язковим результатом пренатального скринінгу є розрахунок індивідуального ризику жінки щодо трисомій 21,18,13 хромосом у плода та перинатальних ускладнень. Ризик розраховується на підставі віку матері, соматичного та родинного анамнезу, артеріального тиску, показників біохімічних та ультразвукових маркерів виключно за допомогою спеціалізованих комп'ютерних програм. Розрахунок ризику може проводитися безпосередньо в лабораторії, яка проводить біохімічний скринінг, або лікарем акушером-гінекологом/ лікарем з ультразвукової діагностики, з використанням дійсної ліцензії FMF лікаря, що проводив скринінгове УЗД вагітній з дотриманням вимог програмного забезпечення розрахунку ризику.

3.10.4. Граничним показником індивідуального ризику, що є підставою віднести вагітну жінку до групи високого ризику, є значення 1/100. Вагітні жінки з високим та середнім ризиком ($>1/2499$) скеровуються на консультацію до лікаря-генетика у спеціалізованих ЗОЗ для проведення уточнюючих методів пренатальної діагностики.

Консультавання лікарем-генетиком включає вибір індивідуального маршруту подальшого обсягу обстеження вагітної (інвазивна пренатальна діагностика; інтегрований тест II триместру (експертне УЗД з оцінкою маркерів II триместру в 16-17 тижнів + потрійний біохімічний тест (АФП+ загальний ХГЛ+некон'югований естріол) з розрахунком індивідуального

ризик; дослідження вільної фетальної ДНК по крові матері (НПТ). Вагітнім жінкам із низьким ризиком ($<1/2500$) проводиться другий етап ПД

3.10.5. Другим етапом пренатальної діагностики вроджених вад розвитку є ультразвукове дослідження у 18-21 тиждень. Вимоги до проведення та оформлення скринінгового ультразвукового дослідження II триместру вагітності під час неускладненої вагітності регламентовані відповідним стандартом доказової медицини.

Вагітних жінок, які вперше стали на облік після 14 тижнів або з інших причин не проходили комбінований пренатальний скринінг I триместру, додатково до УЗД скеровують на консультацію лікаря-генетика до спеціалізованих закладів для вибору індивідуального маршруту подальшого об'єму обстеження вагітної (інвазивна пренатальна діагностика; інтегрований тест II триместру (експертне УЗД з оцінкою маркерів II триместру в 16-17 тижнів + потрійний біохімічний тест (АФП+ загальний ХГЛ+некон'югований естріол) з розрахунком індивідуального ризику; дослідження вільної фетальної ДНК по крові матері (НПТ)). Вагітним жінкам, які були обстежені у I триместрі і мали низький індивідуальний ризик ($>1/2500$ за комбінованим тестом або НПТ) біохімічний скринінг II триместру не проводиться.

3.10.6. Третій етап пренатальної діагностики включає ультразвукове дослідження в 35-36 тижнів для вагітних групи низького перинатального ризику для діагностики вад розвитку з пізньою маніфестацією та скринінгу пізньої СЗРП.

3.10.7. Для жінок, що відносяться до групи високого ризику по ранній преєклампсії та приймають профілактику аспірином ультразвукове дослідження з доплерометрією проводиться в терміні 30-32 тиж. та 35-36 тиж. для діагностики вад розвитку з пізньою маніфестацією та скринінгу СЗРП.

3.11. Здійснити скринінг на безсимптомну бактеріурію (додаток 15).

3.12. Вагітній надається інформація щодо основних правил поведінки під час вагітності за основними пріоритетними питаннями (додаток 16).

3.13. Вагітній рекомендується пройти спільно з майбутнім партнером у або членами її родини (бажано) підготовку до пологів у «Школі відповідального батьківства» з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною, програма і графік роботи якої затверджуються керівником ЗОЗ у відповідності до тематики додатку 17.

3.14. Вагітній пояснюються основні можливі загрози, за яких терміново необхідно звернутися до лікаря (додаток 18).

3.15. Кожну вагітну має обстежити на наявність соматичних розладів ЛЗП-СМ або лікар-терапевт. У разі, якщо вагітна спостерігається у лікаря

акушера-гінеколога, після обстеження надається виписка з медичної карти амбулаторного хворого № (форма №025/о) (додаток 19).

4. Регулярна кардіотокографія під час вагітності для поліпшення материнських і перинатальних наслідків не рекомендується.

5. У разі виникнення акушерських ускладнень, порушень стану плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається лікарем ЗПСМ під динамічне спостереження лікаря акушера-гінеколога, перелік яких наведений у (додаток 20).

5.1. Лікар ЗПСМ 1 раз на 2 тижні здійснює моніторинг виконання призначень лікаря-акушера-гінеколога (за телефоном та шляхом активного патронажу). У разі невиконання пацієнткою призначень лікар ЗПСМ пояснює важливість лікарських призначень для здоров'я як для самої вагітної, так і для майбутньої дитини, а також пояснює, що відповідно до чинного законодавства у разі невиконання лікарських призначень жінка є відповідальною за свій стан здоров'я та стан здоров'я майбутньої дитини (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).

5.2. У разі виявлення у плода вроджених вад розвитку або високого розрахунково ризику хромосомних анеуплоїдій вагітна направляється на пренатальний консилиум: забезпечується експертне УЗД, медико-генетичне консультування, надання (за необхідності) рекомендацій щодо обсягу додаткового комплексного обстеження, комунікацій з дитячим кардіохірургом, хірургом, нейрохірургом, іншими фахівцями для встановлення летального / інвалідизуючого / вітального прогнозу / характеру патології, у підсумку - заключення з обґрунтуванням доцільності виношування даної вагітності або її переривання, визначення методу та ЗОЗ для розродження. Доцільно надати батькам інформацію щодо можливості корекції деяких видів вроджених вад розвитку за допомогою внутрішньоутробних малоінвазивних втручань (додаток 21).

5.2.1. Заклучення щодо переривання вагітності з вродженою вадою розвитку плода носить рекомендаційний характер – поінформоване рішення приймають майбутні батьки. Пренатальний консилиум має проводитися на регулярній основі.

5.3. У разі Rh-негативного статусу вагітної необхідно здійснити заходи з виявлення антиеритроцитарних антитіл, при наявності у матері 0(I) групи крові - визначення антитіл за групою крові. У разі виявлення проводити їх ідентифікацію у відповідності до додатку 22.

5.4. У разі виявлення тромбоцитопатології організаційні заходи здійснюються у відповідності до додатку 23.

5.5. Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Перелік екстрагенітальних захворювань, що потребують динамічного спостереження визначено у

додатку 24.

5.5.1. Після отримання висновку профільних спеціалістів комісійно вирішується питання про можливість виношування вагітності та визначається план її ведення.

5.5.2. Частота відвідувань вагітних з ускладненим перебігом вагітності та з екстрагенітальною патологією визначається лікарем акушером-гінекологом за показаннями. Показання до додаткового візиту у разі ускладненого перебігу вагітності повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

5.6. Забезпечити профілактику акушерських ускладнень при передчасному відходженні навколоплідних вод (додаток 25).

5.6.1. Призначити кортикостероїди жінкам групи високого ризику передчасних пологів (на 24-34-му тижні гестації), якщо є ризик початку пологів впродовж 7 діб.

5.7. Надання амбулаторної акушерської допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим здійснюється у відповідності до діючого клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

5.8. Надання амбулаторної акушерської допомоги вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим, хворим на туберкульоз, здійснюється за стандартами охорони здоров'я при туберкульозі. Акушерська допомога хворим на туберкульоз забезпечується в боксованих палатах.

5.9. Надання амбулаторної акушерської допомоги вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим, хворим на сифіліс, здійснюється за стандартами медичної допомоги хворим на сифіліс.

5.10. Пропонувати корекцію тазового передлежання плода за відсутності протипоказань для виконання зовнішнього повороту та при письмовій інформованій добровільній згоді вагітної.

6. Вагітні з тяжким ускладненим перебігом вагітності, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плода скеровуються до спеціаліста ЗОЗ високоспеціалізованої медичної допомоги.

7. У разі виникнення у вагітної під час прийому невідкладного стану, внаслідок чого вона потребує екстреної медичної допомоги, лікар ЗПСМ або лікар-акушер-гінеколог має викликати бригаду екстреної медичної допомоги із забезпеченням пацієнтці відповідної медичної допомоги.

8. У разі виникнення ускладнень вагітності у терміні до 22 тиж, які потребують стаціонарного лікування, вагітна госпіталізується до гінекологічного відділення, після 22 тижнів - до відділення патології вагітних, або до відділення медицини плода ЗОЗ високоспеціалізованої медичної допомоги.

9. За необхідності лікування екстрагенітальної патології у терміні вагітності до 22 тижнів вагітна госпіталізується до відділення екстрагенітальної патології вагітних чи терапевтичного відділення, після 22 тижнів вагітності – до відділення екстрагенітальної патології.

10. Забезпечується вакцинація проти правця за показаннями (адсорбована коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина (АКДП) рекомендується всім вагітним жінкам в 3-му триместрі гестації).

11. Здійснюються заходи щодо консультативної допомоги у випадках домашнього насильства, зокрема з боку статевого партнера.

12. Оформлення відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами здійснюється у відповідності до діючого законодавства щодо «Порядку видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами» та наказу МОЗ України від 18.03.2002 № 93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»).

12.1. Дані щодо оформлення відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами визначаються комісійно: лікарем ЗПСМ спільно з акушером-гінекологом та представника адміністрації ЗОЗ та заносяться до форми № 035/о «Журнал запису висновків лікарсько-консультативної комісії».

13. За умови регулярного невиконання вагітною призначень лікаря, в т.ч. у разі нез'явлення на запланований візит, лікуючим лікарем з'ясовується причина за вказаним контактним телефоном жінки. За відсутності поважної причини, вагітній пояснюється важливість динамічного спостереження за перебігом вагітності з відміткою в медичній документації та інформуванням керівника ЗОЗ з подальшим консиліумним рішенням.

14. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар за згодою вагітної надає інформацію працівнику соціальної служби (за територіальним принципом) з метою забезпечення додаткового соціального супроводу

15. Організація амбулаторної акушерської допомоги за нозологічною формою захворювання (МКХ-10) здійснюється згідно з додатком 26 «Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідності до нозологічної форми захворювання».

В. Нормативи амбулаторної гінекологічної допомоги

1. Амбулаторна гінекологічна допомога передбачає проведення заходів з питань збереження репродуктивного здоров'я, профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення, ефективного лікування та реабілітації.

2. Пріоритетним напрямком охорони репродуктивного здоров'я в рамках амбулаторної гінекологічної допомоги є забезпечення населення якісними послугами з попередження небажаної вагітності з метою викорінення практики їх переривання штучним методом (аборт).

2.1. Застосовувати безпечні методи штучного переривання небажаної вагітності: медикаментозний та вакуумний методи.

2.2. Метод кюретажу порожнини матки застосовувати як метод діагностики та у виняткових випадках за умови неефективності медикаментозного або вакуумного методів.

2.3. Здійснювати заходи загальної доступності жінок до методу добровільної хірургічної стерилізації за сучасними методами (лапароскопічним доступом): для пацієнок, що виконали свої репродуктивні плани, яким вагітність за станом соматичного здоров'я загрожує життю, ВІЛ-інфікованим в IV ст. розвитку захворювання (СНІД) за їх згодою, з психічними розладами за згодою офіційних опікунів.

3. В діагностиці інфекцій, що передаються статевим шляхом застосовувати комплексний діагностичний підхід: визначення рН піхвового вмісту, бактеріоскопічне та кількісне бактеріологічне дослідження мазків з піхви (цервікального каналу та уретри за показаннями) та/або ПЛР (матеріал з цервікального каналу, сеча, кров), що дасть можливість раціонального та ефективного підходу до їх лікування.

4. Медична допомога при виявленні ІПСШ надається в амбулаторних умовах згідно з сучасними світовими клінічними протоколами відповідно етіології захворювання з дотриманням лікування спільно зі статевим партнером; обмеженням статевих стосунків або використанням презервативу; контролем лікування відповідно до етіології ЗПСШ.

5. Проактивно застосовувати ефективні методи прегравідарної підготовки.

6. Амбулаторна гінекологічна допомога надається за місцем звернення пацієнтки лікарем акушером-гінекологом.

7. З метою профілактики та раннього виявлення гінекологічних хвороб жінок проактивно забезпечують щорічними профілактичними гінекологічними оглядами.

7.1. Амбулаторна гінекологічна допомога за нозологічною формою захворювання (МКХ-10) надається згідно з додатком 26: «Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідності до нозологічної форми захворювання».

7.2. Застосовувати у лікуванні порушень менструального циклу, як найбільш поширеної патології, класифікацію за причинами PALM-COEIN, рекомендовану Всесвітньою асоціацією акушерів-гінекологів (FIGO, 2018) з метою впровадження ефективних проактивних методів діагностики

(опитувальник та піктограма) у відповідності до клінічного протоколу «Аномальні маткові кровотечі».

8. Медичні дані заносяться до «Медичної карти амбулаторного хворого» (форма №025/о) у відповідності до інструкції щодо заповнення.

9. На кожне виявлення захворювання заповнюється статистичний талон у відповідності встановлених вимог до їх заповнення.

10. У разі пошкодження (або підозрі) сексуального характеру здійснюються наступні заходи: збір скарг та анамнезу, загальний огляд з вимірюванням (пульсу, АТ, частоти дихання та температури тіла, гінекологічне обстеження, консультація необхідних спеціалістів, обстеження на ІПСШ, ВІЛ та гепатит В. Рекомендується вакцинація відповідно віку пацієнтки. За можливості надати психологічну підтримку.

10.1. Лікар інформує жінку про постконтактну профілактику ВІЛ та ІПСШ, а також про екстрену контрацепцію.

10.2. Згідно з «Порядком проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які відповідно постраждали від домашнього насильства, а також надання їм медичної допомоги», ЗОЗ не пізніше однієї доби інформує правоохоронні органи.

Розділ V. Нормативи організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги

A. Загальні принципи стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги

1. Загальні принципи стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги базуються на концепції ВООЗ «Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей и підлітків (2016–2030 гг.). Выживать. Процветать. Менять».

2. Пацієнтка за бажанням у відповідності до вітчизняного законодавства обирає ЗОЗ та лікуючого лікаря.

3. Невідкладна акушерсько-гінекологічна допомога надається у найближчому територіально ЗОЗ акушерсько-гінекологічного профілю.

4. Госпіталізація вагітних, роділь, гінекологічних хворих до акушерсько-гінекологічного стаціонару здійснюється за направленням лікарів швидкої медичної допомоги, лікаря акушера-гінеколога, ЛЗП-СМ.

5. У разі невідповідності акушерсько-гінекологічного стаціонару стану пацієнтки, обгрунтована відмова у госпіталізації фіксується у формі первинної облікової документації № 001/о «Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації».

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

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

10. 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.

11. Адміністрація акушерсько-гінекологічного стаціонару забезпечує умови для надання ефективної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги.

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

Б. Нормативи організації стаціонарної акушерської допомоги

1. Організація роботи акушерських стаціонарів здійснюється у відповідності до вимог наказу МОЗ України 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».

Акушерська допомога надається у відповідності до пріоритету партнерських пологів. Порядок допуску партнерів у пологах та відвідувань породіль і новонароджених родичами або близькими особами встановлюється адміністрацією ЗОЗ. Основними умовами для цього мають бути бажання роділлі, відповідна підготовка зазначених осіб, відсутність у них інфекційних захворювань.

2. Під час госпіталізації вагітної (роділлі) до акушерського стаціонару лікар акушер-гінеколог та акушерка приймального відділення здійснюють загальний огляд, вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, обстеження внутрішніх органів, виконання проби з сульфосаліциловою кислотою (експрес метод виявлення білку в сечі) у жінок з групи ризику, вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу, аускультацию серцебиття плода, внутрішнє акушерське дослідження. Лікар вивчає дані Обмінної карти (форма № 113/о), 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, зокрема, бокових поверхонь тулубу (де часто розміщується висипка вторинного сифілісу), а також інфекційних (гастроентероколіт, гепатит, ПСШ, ВІЛ, тощо) захворювань, встановлює тривалість безводного періоду. Обов'язковою є відмітка в Історії вагітності та пологів щодо відчуття рухів плода самою жінкою.

Результати анамнезу, дані Обмінної карти (форма № 113/о) та проведеного обстеження заносяться до Історії вагітності та пологів (форма 096/о) та визначається план подальшого обстеження, лікування та методу розродження з визначенням факторів перинатального та акушерського ризику.

3. У роділь з групи низького ступеню перинатального та акушерського ризику тактика ведення пологів має відповідати принципам ведення фізіологічних пологів, визначених у діючому клінічному протоколі.

3.1. Ведення пологів передбачає ведення партограми та моніторингу стану плода біля ліжка пацієнтки з чітким їй поясненням.

3.2. Сучасні підходи до якісної акушерської допомоги вимагають переорієнтації ведення нормальних пологів у пологовій палаті, оснащеним ліжком-трансформером, в якій роділля (породілля) перебуває індивідуально зі своїм новонародженим від моменту госпіталізації до виписки з акушерського стаціонару. Таким чином забезпечується, так званий, замкнений цикл перебування пацієнтів в акушерському стаціонарі, визнаний як ефективний метод профілактики інфекційних ускладнень, як у матері, так і у новонародженого, а також як підхід, який має значний економічний зиск.

3.3. У разі виникнення непередбачуваних ускладнень пологів роділля переводиться до оснащених спеціальним медичним обладнанням пологової або операційної зали.

3.4. Якщо такі умови відсутні, роділля госпіталізується до окремої палати для спільного перебування матері та дитини, на пологи переводиться до індивідуальної пологової зали, після пологів мати та її новонароджений переводяться в ту ж палату.

3.5. Вимоги до акушерського стаціонару для забезпечення пологів без ускладнень або у разі виникнення ускладнення нормальних пологів:

- кесарева розтину за обґрунтованими показаннями з боку матері і плода;
- преіндукції та індукції пологів лише за обґрунтованими медичними показаннями (додаток 28);
- профілактики та своєчасного лікування післяпологової кровотечі;
- профілактики і лікування еклампсії з використанням сульфату магнію;

- виявлення та лікування інфекції, корекція факторів ризику інфекцій, в тому числі профілактичного застосування антибіотиків при кесаревому розтині;
- скринінг на ВІЛ (якщо дослідження не виконувалося раніше), запобігання передачі інфекції від матері до дитини у відповідності до клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»;
- запобігання передачі сифілісу від матері до дитини у відповідності до стандартів медичної допомоги «Сифіліс»;
- гігієнічної обробки пуповини при народженні, в тому числі із застосуванням хлоргексидину за необхідності;
- проведення тромбопрофілактики у жінок з підвищеним ризиком венозного тромбоемболізму;
- підтримки грудного вигодовування (додаток 29).

3.6. Кардіотокографія у пологах здійснюється для діагностики дистресу плода або КТГ-моніторинг у вагітних та роділь з груп ризику (додаток 30). Рутинна КТГ для оцінки благополуччя плода не проводиться.

3.7. У пологах використовується метод пізнього перетискання пуповини, процедура якого наведена у додатку 30.

3.8. Породілля забезпечується психологічною підтримкою, умовами гігієни та раціонального харчування, інформацією щодо використання методів профілактики непланованої або небажаної вагітності у післяпологовому періоді, інформацією щодо грудного вигодовування дитини.

3.9. Метод контрацепції лікуючим лікарем рекомендується у відповідності до критеріїв ВООЗ:

- за поінформованим бажанням жінки;
- у відповідності до стану здоров'я пацієнтки та її статевого партнера;
- у відповідності до віку пацієнтки та її статевого партнера;
- у відповідності до репродуктивних планів;
- у відповідності до матеріальних спроможностей після пояснення економічної ефективності використання того чи іншого методу контрацепції.

4. Госпіталізація вагітних з ускладненим перебігом вагітності до 22 тижнів вагітності, а також для переривання вагітності за показаннями у пізніх термінах здійснюється до гінекологічного відділення, після 22 тижнів вагітності – до акушерських відділень. Вагітні з екстрагенітальною патологією до 22 тижнів вагітності за показаннями госпіталізуються до відділення екстрагенітальної патології або до профільного стаціонару.

4.1. Акушерська стаціонарна допомога у відповідності до нозологічної форми захворювання (МКХ-10) надається згідно з додатком 27: «Організація

стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги за нозологічною формою захворювання».

4.2. Організація акушерської стаціонарної допомоги при багатоплідній вагітності здійснюється у відповідності до додатку 31.

4.3. Оперативне розродження, зокрема операції кесарева розтину, вакуум-екстракції плода, накладання акушерських щипців, здійснюється за обґрунтованими показаннями та за наявністю відповідних умов проведення операції під адекватним знеболюванням. Показання до оперативного втручання визначає консилиум лікарів із зазначенням в історії вагітності та пологів, до складу якого включається хірург, асистент та неонатолог. Контролює обґрунтованість кожного випадку оперативного втручання заступник з лікувальної частини акушерського стаціонару з особистим підписом в історії вагітності та пологів.

4.4. Виписка матері та дитини з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів, післяпологового періоду та періоду постнатальної адаптації здійснюється на 3 добу після пологів.

5. Госпіталізація вагітних (роділь) до ЗОЗ для забезпечення їх спеціалізованою та високоспеціалізованою стаціонарною акушерською допомогою (II-III рівень перинатальної допомоги) здійснюється відповідно до показань, визначених до наказу МОЗ України від 31.10.2011 №726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах» та наказу МОЗ України від 19.10.2018 № 1881 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги».

5.1. 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 пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма 113/о).

5.2. Акушерська стаціонарна допомога при передчасних пологах забезпечується з урахуванням особливостей контингенту новонароджених, що 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).

5.3. Розміщення пацієнтів з інфекційними ускладненнями в акушерському стаціонарі здійснюється у відповідності вимог наказу МОЗ України 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо-

лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах». Стаціонарна допомога вагітним з інфекційними захворюваннями до 22 тижнів може надаватись у відповідних відділеннях інфекційних лікарень за умови відсутності ускладнень перебігу вагітності та забезпечення своєчасної консультативної акушерської допомоги.

5.4. Вагітній з невідомим ВІЛ-статусом забезпечується експрес-тестування на ВІЛ з подальшим уточненням ВІЛ-статусу. У разі відмови від обстеження, здійснюється експрес-тестування пуповинної крові з поясненням породіллі про її можливе свідоме поширення ВІЛ-інфекції своїй дитині. Згідно з чинним законодавством України, у разі необхідності, у тому числі за відмови матері (батьків) від проведення дитині постконтактної АРВ-профілактики або у разі їх низької прихильності залучається соціальний працівник, служба у справах дітей, органів місцевого самоврядування та правоохоронні органи. У випадку відмови матері (батьків) від медичного нагляду і лікування ВІЛ-позитивної дитини, у якої є до цього відповідні показання, або у разі низької прихильності батьків до лікування і медичного нагляду за ВІЛ-позитивною дитиною, слід вважати це проявом жорстокого поводження із дитиною у вигляді медичної занедбаності. У такому випадку та за умови вичерпності усіх можливостей медичних працівників по роботі з батьками з цих питань заклад охорони здоров'я повинен звернутись до служби у справах дітей за місцем проживання дитини та прокуратури для забезпечення конституційного права дитини на здоров'я та життя.

5.4.1. Надання стаціонарної акушерської допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим здійснюється у відповідності до діючого клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», урахувавши необхідну рекомендацію пожиттєвого прийому АРТ терапії.

5.5. Надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим, хворим на туберкульоз, здійснюється за стандартами охорони здоров'я при туберкульозі. Акушерська допомога хворим на туберкульоз забезпечується в боксованих палатах.

5.6. Надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним, роділлям, породіллям та їх новонародженим, хворим на сифіліс, здійснюється за діючими медико-технологічними документами

5.7. Тактика дій медичного персоналу у випадку народження дитини з вродженими вадами, материнської або дитячої смерті означена у додатку 32.

6. У разі виникнення ускладнень пологів та післяпологового періоду виписка породіллі здійснюється з відповідною відміткою в Історії вагітності та пологів та в Обмінній карті пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) щодо видачі додаткового 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 33).

7. Заповнені відповідним чином талони 2 і 3 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) видаються на руки породіллі.

8. Відповідно до «Порядку підтвердження факту народження дитини поза закладом охорони здоров'я» у ЗОЗ створюється лікарсько-консультативна комісія для підтвердження факту народження дитини за письмовою заявою жінки, яка народила дитину або її чоловіка та інших законних представників. За результатом рішення комісії видається довідка за затвердженою формою щодо підтвердження факту народження нею дитини, яка містить загальні відомості та ймовірну дату пологів.

9. Лікарем ЗПСМ здійснюється післяпологовий патронаж (огляд вдома) в перший день після виписки з акушерського стаціонару і на 7-й день після пологів та через 6 тижнів після пологів з визначенням самопочуття і загального стану породіллі; стану молочних залоз і характеру лактації; інволюції матки і характеру виділень з піхви; дотримання жінкою правил особистої гігієни у післяпологовому періоді та наданням консультації з питань грудного вигодовування та планування сім'ї.

В. Нормативи організації неонатологічної допомоги в акушерському стаціонарі

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

2. Новонароджена дитина за умови відсутності обґрунтованих протипоказань за станом здоров'я матері та дитини відразу викладається на живіт матері, що сприяє психофізіологічній єдності матері і дитини, ранньому прикладанню до грудей, контакту «шкіра до шкіри» із забезпеченням виконання вимог наказу МОЗ України 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».

3. Відразу після народження дитини та її матері забезпечується спільне перебування впродовж усього перебування в акушерському стаціонарі за умови відсутності обґрунтованих протипоказань щодо стану здоров'я матері та дитини та у відповідності до вимог наказу МОЗ України 10.05.2007 № 234 «Про організацію профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».

3.1. Після народження дитини здійснюється первинний огляд новонародженого, проводиться оцінка його стану за шкалою Апгар.

4. Медичний персонал надає консультативну допомогу породіллі щодо догляду за її новонародженою дитиною з метою забезпечення ранньої постнатальної адаптації.

5. У палаті спільного перебування матері і дитини новонароджений може бути одягнений в домашній одяг (вовняні сорочечка, шапочка, шкарпетки, повзунки). Туге сповивання дитини не рекомендується.

6. На підставі даних Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о), перебігу пологів, факторів ризику неонатологом визначається попередній діагноз, режим догляду, обсяг обстеження та лікування, у разі необхідності - здійснення погодинного контролю життєво важливих функцій новонародженого.

7. У випадках ведення пологів у жінок високого та вкрай високого перинатального та акушерського ризику лікар неонатолог залучається до проведення консилиуму, розробки плану ведення пологів.

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

12. Медична допомога новонародженим надається після інформованої згоди матері або батька (форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення») відповідно до вимог наказу МОЗ України від 28 березня 2014 року № 225 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної і післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні» та інших нормативних документів.

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

12.2. У разі захворювання новонародженого проводиться консультація завідувача неонатологічного відділення невідкладно.

12.3. Динамічне спостереження новонароджених у палатах сумісного перебування проводиться лікарем неонатологом щоденно. Новонародженим, які знаходяться у відділенні інтенсивної терапії, проводиться динамічне спостереження лікуючого лікаря в залежності від стану дитини. Всі огляди новонароджених записуються у вигляді щоденників до форми первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого».

12.4. Мати новонародженого, який знаходиться на лікуванні у відділенні новонароджених, може без обмежень відвідувати його, має бути інформованою щодо перебігу захворювання.

12.5. У разі діагностики асфіксії новонародженого застосовується методика застосування лікувальної гіпотермії новонародженого (додаток 34).

12.6. Обстеження новонароджених з ускладненим перебігом постнатального періоду (у разі підозри на перинатальну асфіксію, з ознаками дихального дистресу, у разі підозри на гемолітичну хворобу, підозри на сепсис) здійснюється у відповідності до порядку, визначеному додатку 35.

12.7 Моніторинг за станом новонародженого у разі інтенсивної терапії здійснюється за критеріями, наведеними у додатку 35.

12.8. Надання неонатологічної допомоги дітям, народженим ВІЛ-позитивною жінкою, здійснюється відповідно до діючого клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» з метою запобігання перинатальної інфекції.

12.9. Надання неонатологічної допомоги дітям, народженим жінкою, яка хворіла на сифіліс, здійснюється у відповідності до Стандартів надання медичної допомоги при сифілісі.

12.10. Надання неонатологічної допомоги дітям, народженим жінкою, яка хвора на гепатит С, здійснюється у відповідності до Стандартів надання медичної допомоги при гепатитах.

13. За умови порушення ранньої постнатальної адаптації новонародженого, йому забезпечується невідкладна медична допомога.

14. Вакцинація новонароджених проводиться в палаті, де перебуває дитина за діючим календарем щеплень.

15. Виписка здорових новонароджених з акушерського стаціонару здійснюється на 3 добу життя. Питання про виписку новонароджених, які мали порушення або захворювання у періоді ранньої постнатальної адаптації, вирішується лікарем неонатологом спільно із завідувачем неонатологічного відділення.

16. 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 талоні 3 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о), яка видається матері на руки для надання лікарю ЗПСМ або педіатру.

17. 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.

18. Новонароджені, які народились під час транспортування роділлі до акушерського стаціонару або протягом останньої доби вдома, госпіталізуються з дотриманням умов ізоляції в окремій палаті сумісного перебування матері та дитини.

19. За умови пологів, які відбулися вдома більше, ніж одна доба, породіллю та новонародженого госпіталізують до боксованої палати.

Г. Нормативи організації стаціонарної гінекологічної допомоги

1. Стаціонарна гінекологічна допомога забезпечується ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у відповідності до Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

2. Планова стаціонарна гінекологічна допомога пацієнтці надається за направленням лікаря ЗПСМ, з яким укладено декларацію, або лікаря акушера-гінеколога.

У приймальному відділенні хворій (вагітній) проводиться обстеження лікарем акушером-гінекологом з відображенням результатів огляду в Медичній карті стаціонарного хворого (форма №003/о) з фіксацією часу обстеження і встановленням діагнозу при госпіталізації. Первинне обстеження хворої у разі планової госпіталізації здійснюється протягом не більше ніж 30 хвилин після її звернення до приймального відділення.

3. Невідкладна стаціонарна гінекологічна допомога надається у найближчому гінекологічному відділенні ЗОЗ.

4. Протягом першої доби перебування в гінекологічному стаціонарі за інформованої згоди (форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення») проводиться обстеження пацієнтки лікуючим лікарем, який встановлює попередній діагноз, у перші 3 доби – завідувачем відділення спільно з лікуючим лікарем із встановленням клінічного діагнозу, уточненням плану лікування, обсягу додаткового обстеження та консультацій профільних спеціалістів (за показаннями). У разі складнощів при встановленні клінічного діагнозу хвора має бути оглянута керівником клініки (у клінічному закладі) протягом перших 3-х діб з часу госпіталізації, а за показаннями - у першу добу перебування у стаціонарі.

5. 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 Листку лікарських призначень за Інформованої згоди на медичні втручання. У разі тяжкого стану хворої терміни огляду визначаються її станом із відповідним записом у Медичній карті стаціонарного хворого результатів кожного обстеження пацієнтки.

6. У разі перебування хворої у тяжкому стані невідкладно проводиться консилиум лікарів за участю лікарів-консультантів суміжних спеціальностей, лікарів відділення, керівника ЗОЗ та працівників вищого навчального закладу

(у базовому клінічному ЗОЗ) - не менше 3-х осіб. Протокол і висновок консилиуму фіксується в Медичній карті стаціонарного хворого, затверджується підписами всіх учасників консилиуму.

7. Оперативне втручання виконуються лікарями ЗОЗ та/або працівниками вищого навчального закладу (базовому клінічному ЗОЗ) у відповідності до кваліфікаційної категорії із записом протоколу операції в Медичній карті стаціонарного хворого та реєстрацією в журналах (форми первинної облікової документації № 008/о «Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі» та № 046/о «Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень»).

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

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

10. Стаціонарна гінекологічна допомога жінкам у відповідності до нозологічної форми захворювання (МКХ-10), надається згідно з додатком 27 до «Організації надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги за нозологічною формою захворювання».

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АМК - аномальна маткова кровотеча

АРТ - антиретровірусна терапія

АТ - артеріальний тиск

АФП - альфа-фетопротеїн

БДВ - без додаткового визначення

БПП - біофізичний профіль плода

ВВР - вроджені вади розвитку

ВІЛ - вірус імунодефіциту людини

ВПГ - вірус простого герпесу

ВПЛ - вірус папіломи людини

ВЧШВЛ – високочастотна штучна вентиляція легень.

ГХ - гемолітична хвороба

ДВЗ-синдром - синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові

ДН – дихальна недостатність

ДР – дихальні розлади

ДРТ - допоміжні репродуктивні технології

ЕЕГ - електроенцефалограма

ЕКГ – електрокардіограма
ЗОЗ - заклад охорони здоров'я
ЗПСМ - загальна практика-сімейна медицина
ЗСЖ - здоровий спосіб життя
ПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА - імуноферментний аналіз
КЛР – кислотно-лужна рівновага.
КЛС - кислотно-лужний стан
КОК- комбіновані оральні контрацептиви
КПК - концентрат протромбінового комплексу
КР - кесарів розтин
КТ – комп'ютерна томографія.
КТГ - кардіотокографія
ЛГ - лютеїнізуючий гормон
ЛНГ-ВМС - внутрішньоматкова система з левоноргестрелом
МБТ - мікобактерія туберкульозу
МГТ - менопаузальна гормональна терапія
МКХ- міжнародна статистична класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям
МРТ - магнітно-резонансна томографія
НІПТ - неінвазивний пренатальний тест
НК – недостатність кровообігу.
НПЗЗ - нестероїдні протизапальні засоби
НСТ – нестресовий тест.
ОМТ - органи малого тазу
ОЦК – об'єм циркулюючої крові.
ПГ - простагландини
ПГД- патологогістологічне дослідження
ПГ Е1– простагландин Е1.
ПДФ – продукти деградації фібрину фібриногену.
ПЛР - полімеразна ланцюгова реакція
Прл - пролактин
РДС - респіраторний дистрес синдром
СВТ – суправентрикулярна тахіаритмія
СДППТ – самостійне дихання під постійним позитивним тиском
СЗРП-синдром затримки росту плода
СІЗЗС - селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
СРП -С-реактивний протеїн
ТРП - тест рухів плода
ТТГ- тиреотропний гормон
ТФД- тести функціональної діагностики
УЗД - ультразвукове дослідження
ФСГ - фолікулостимулюючий гормон
ХГЛ - хоріонічний гонадотропін людини

ЦВТ - центральний венозний тиск
ЦНС - центральна нервова система
ЧСС - частота серцевих скорочень
ШВЛ - штучна вентиляція легенів
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів.
ЯМРТ – ядерно-магнітно-резонансна томографія
CMV - цитомегаловірус
HbsAg - австралійський антиген
HSV - вірус простого герпесу
E2- естрадіол
PALM-COEIN - класифікація аномальних маткових кровотеч за причинами
RW- реакція Васермана