

**НАКАЗ**  
**№ 1053 від 14.12.2012**  
**м. Київ**

**Про апробацію методології дослідження  
тяжкої материнської захворюваності,  
що становить загрозу для життя жінки**

Відповідно до Завдань і заходів Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року, наведених у додатку до Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року № 1849, у рамках міжнародної ініціативи "Забезпечення безпечної вагітності" та з метою зниження рівня материнської та малюкової захворюваності і смертності та поліпшення якості надання медичних послуг вагітним, роділлям та породіллям і новонародженим шляхом апробації методології дослідження важкої материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки,

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити:

1.1. Перелік критичних станів, що становлять загрозу для життя жінки та підлягають дослідженню, що додається.

1.2. Положення про постійно діючу комісію для розгляду випадків важкої материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки, що додається.

2. Апробацію методології дослідження важкої материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки (далі — Методологія), здійснити на базі закладів охорони здоров'я Житомирської, Луганської, Львівської областей та м. Києва.

3. Начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я Житомирської, Луганської, Львівської обласних та Київської міської державних адміністрацій:

3.1. Визначити заклади охорони здоров'я, на базі яких впроваджуватиметься апробація Методології, та поінформувати Міністерство охорони здоров'я України.

3.2. Забезпечити надання до Міністерства охорони здоров'я України пропозицій та зауважень щодо результатів апробації та доцільності впровадження Методології в усіх родопомічних закладах охорони здоров'я України.

4. Директору Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги М. Хобзею забезпечити в установленому порядку подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.

5. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра О. Толстанова.

6. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

**Віце-прем'єр-міністр України —  
Міністр Р. Богатирьова**

## **Перелік критичних станів, що становлять загрозу для життя жінки та підлягають дослідженню**

### **I. Критичні стани, що становлять загрозу для життя жінки**

1.1. Акушерські кровотечі, які потребують допомоги та динамічної корекції порушень фізіологічних функцій у вагітних, роділь та породіль, в обсязі понад 1000 мл.

1.2. Преeklampsія важкого ступеня/еклампсія — тяжке захворювання вагітних жінок, яке супроводжується високим артеріальним тиском (далі — АТ) — вище або рівним 160/100 мм і протеїнурією та, як мінімум одним з таких клінічних симптомів: головний біль; порушення зору; біль в епігастрії; тремор; судоми; ниркова недостатність, дисфункція (зниження виділення сечі до показників нижче 30 мл/годину); печінкова недостатність або дисфункція; легенева недостатність.

1.3. Будь-який розрив матки.

1.4. Сепсис — ускладнення інфекційного характеру під час вагітності, пологів або після завершення вагітності незалежно від строку вагітності, що маніфестується двома або більше проявами: температурою вище 38° С або нижче 36°С; частотою серцевих скорочень (далі — ЧСС) більше 90 уд./хвилину; частотою дихання (далі — ЧД) вище 20 за хвилину або вмістом парціального CO<sub>2</sub> нижче 32 мм рт.ст.; кількістю лейкоцитів більше 12000 у мм<sup>3</sup>, менше 400 у мм<sup>3</sup> або більше 10 % юних форм.

1.5. HELLP - синдром.

1.6. Гострі розлади органів дихання — гострі порушення прохідності верхніх та нижніх дихальних шляхів, дихальна недостатність II—III ступенів, явища пневмотораксу, гідро- або гемотораксу, коли виникає необхідність респіраторної підтримки.

1.7. Гострі розлади кровообігу — гостра серцева недостатність, гострі стійкі порушення ритму

серця будь-якої етіології, гострий тромбоз магістральних судин тощо.

1.8. Гостра печінкова та ниркова недостатність будь-якої етіології.

1.9. Порушення функції центральної нервової системи — кома будь-якої етіології, судомний синдром, гострі порушення мозкового кровообігу, ускладнення після проведення регіональної анестезії.

1.10. Шокові стани.

1.11. Інші стани, які потребують розгляду.

### **II. Дії медичного персоналу при наданні медичної допомоги в разі виникнення критичних станів, що становлять загрозу для життя жінки**

2.1. Дії медичного персоналу в разі акушерських кровотеч:

2.1.1 надання екстреної допомоги повинно розпочатися невідкладно, але не пізніше ніж через 10 хвилин після встановлення діагнозу;

2.1.2 при будь-яких видах акушерських кровотеч незалежно від гемодинамічних показників (артеріальний тиск, пульс) венозний доступ повинен бути проведений максимум за 5 хвилин;

2.1.3 у разі кровотечі необхідно визначити рівень гемоглобіну або гематокрит, групу крові та резус-фактор, провести аналізи на сумісність, за необхідності — аналізи на згортання крові (набирають 10 мл крові для визначення групової та резус-сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту і визначають тест за Лі-Уайтом до початку інфузії розчину), коагулограму (кількість тромбоцитів, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові);

2.1.4 необхідно здійснювати постійне спостереження за показниками артеріального тиску, пульсу, діурезу як критеріїв для проведення та корекції відповідної терапії;

2.1.5 у разі продовження кровотечі слід вдатися до трансфузії (відповідно до клінічного протоколу);

2.1.6 у разі важкої форми атонії слід використовувати мінімальну дозу — 20 міжнародних одиниць (МО) окситоцину внутрішньовенно на 400 мл фізіологічного розчину;

2.1.7 при безперервній кровотечі, обсяг якої вже сягнув 1500 мл, і ознаках гемоди-

намірної нестабільності слід провести оперативне лікування (лапаротомію); лапаротомію потрібно проводити не пізніше 30 хвилин після прийняття рішення;

2.1.8 під час лапаротомії (у разі атонії матки) до проведення гістеректомії повинні бути проведені послідовно такі способи зупинки кровотечі: внутрішньоміометральне введення ензапросту, ушивання/лігування маткових з артерій. Повторний огляд статевих шляхів здійснюється у разі, якщо кровотеча продовжується всупереч введенню високих доз утеротоніків;

2.1.9 до проведення лапаротомії маткова кровотеча контролюється/ знижується шляхом бімануального перетиску матки або перетиску черевної артерії;

2.1.10 у жінок з допологовими кровотечами вагінальний огляд проводиться лише у випадку, якщо виключається передлежання плаценти (підтвердження за допомогою ультразвукового дослідження) або існують передумови до термінового переривання вагітності (при розгорнутій операційній).

2.2. Дії медичного персоналу при наданні медичної допомоги у випадку тяжких форм преєклампсії/еклампсії:

2.2.1 відповідно до клінічного протоколу "Гіпертензивні розлади під час вагітності", затвердженого наказом МОЗ України від 31 грудня 2004 року № 676, за наявності діагнозу "тяжка форма преєклампсії":

хвору госпіталізують до відділення реанімації та інтенсивної терапії акушерського стаціонару III рівня;

ургентно визначають загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, активність АлАТ і АсАТ, загальний аналіз сечі, протеїнурію, концентрацію креатиніну, сечовини, загального білка, білірубіну, електролітів, контролюють погодинний діурез;

розроджують не пізніше 24 годин від моменту встановлення діагнозу;

обов'язково проводять магnezіальну терапію за спеціальним регламентом: болюсне введення 4 г сухої речовини (16 мл 25 % розчину сульфату магнію, розведеного до 50 мл 0,9 % розчином натрію хлориду) з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю 1—2 г/год;

магnezіальну терапію припиняють не раніше ніж через 24 години після пологів;

під час магnezіальної терапії контролюють колінні рефлекси кожні дві години, погодинний діурез (має бути не менше 50 мл/год), частоту і характер дихання (має бути не менше 14 за 1 хвилину), кожні 20 хвилин артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, визначення сатурації O<sub>2</sub> (не нижче 95 %);

за наявності ознак токсичності сульфату магнію (зниження частоти дихання до 14 і менше за хвилину, пригнічення колінних рефлексів, розвиток AV-блокади) екстрено вводять внутрішньовенно 10 мл 10 % розчину глюконату кальцію, який має бути біля ліжка хворої;

антигіпертензивну терапію у разі високого АТ (>170/110 мм рт. ст.) проводять за допомогою внутрішньовенного введення лабеталолу, або нітрогліцерину, або нітропрусиду натрію (зазначені препарати повинні бути у відділенні реанімації пологового будинку відповідно до табеля оснащення), сублінгвально вводять ніфедипін (таблетки або розчин);

зниження АТ за допомогою антигіпертензивних засобів не повинно бути надмірним, тобто не нижче 150/90 — 160/100 мм рт. ст.;

під час вагінальних пологів або кесаревого розтину оптимальне знеболення — епідуральна анестезія;

препарати ергометрину не застосовують;

2.2.2 у випадку встановлення діагнозу "еклампсія":

екстрену медичну допомогу надають на місці, не транспортуючи хвору;

з метою усунення гіпоксії забезпечують легеневу вентиляцію;

катетеризацію вен, сечового міхура, внутрішнє акушерське дослідження та інші маніпуляції виконують під загальною анестезією (суміш закису азоту з киснем, тіопентал натрію, але не кетамін);

своєчасно переводять хвору на штучну вентиляцію легень (згідно з протоколами лікування);

розроджують, якщо еклампсія трапилася під час вагітності, терміново після надання екстреної медичної допомоги;

магnezіальну терапію проводять щонайменше протягом 48 годин після пологів.

2.3. Дії медичного персоналу при виявленні розриву матки:

2.3.1 надання екстреної допомоги повинно розпочатися невідкладно, але не пізніше 10 хвилин після встановлення діагнозу;

2.3.2 роділля терміново транспортують в операційну; якщо стан жінки дуже важкий, операційна розгортається в пологовому залі;

2.3.3 венозний доступ повинен бути проведений максимум за 5 хвилин;

2.3.4 у випадку продовження кровотечі слід вдатися до трансфузії відповідно до клінічного протоколу;

2.3.5 лапаротомію слід проводити не пізніше ніж через 30 хвилин після прийняття рішення консилиуму;

2.3.6 необхідно постійно контролювати показники АТ, пульсу, діурезу як критеріїв для проведення та корекції відповідної терапії.

2.4. Дії медичного персоналу під час надання медичної допомоги при виникненні септичного стану:

2.4.1 пацієнтка із септичним станом повинні спільно оглядати старший черговий лікар/консультант і лікар-анестезіолог-реаніматолог;

2.4.2 хвора підлягає негайній госпіталізації у відділення інтенсивної терапії;

2.4.3 при септичних станах проводиться посів крові, сечі та виділень;

2.4.4 після проведення інфузійної терапії в обсязі 1,5 л призначається антибактеріальна терапія широкого спектра дії (цефалоспори-ни, аугментин + амоксиклав, ампіцилін + ген-таміцин), внутрішньовенно під постійним ме-таболічним контролем;

2.4.5 обов'язково включаються до схеми лікування антианаеробні препарати (напри-клад, метронідазол);

2.4.6 у схемі інтенсивного лікування засто-совують антимедіаторну терапію;

2.4.7 необхідно постійно контролювати по-казники АТ, пульсу, діурезу як критеріїв для проведення та корекції відповідної терапії;

2.4.8 видалення залишків з порожнини матки бажано проводити шляхом вакуумного відсмоктування (після початку антибак-теріального лікування);

2.4.9 у разі розвитку бактеріально-токсич-ного шоку і при гемодинамічної нестабіль-ності слід провести хірургічну санацію вогни-ща інфекції (гістеректомію).

2.5. Критерії оцінки якості наданої медичної допомоги при виникненні інших критичних станів, що становлять загрозу для життя жінки, повинні відповідати діям медичного персоналу при наданні допомоги вагітним, роділлям та по-роділлям відповідно до затверджених локаль-них протоколів, розроблених на підставі дер-жавних уніфікованих клінічних протоколів, стандартів та настанов МОЗ України.

**Директор Департаменту  
реформ та розвитку  
медичної допомоги**

**М. Хобзей**

## **Положення про постійно діючу комісію для розгляду випадків важкої материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки**

1. Це Положення визначає діяльність комісії для розгляду випадків важкої материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки (далі — Комісія), яка утворюється з метою вивчення причин виникнення важких ускладнень у жінок під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді, оцінки якості надання акушерсько-гінекологічної допомоги, виявлення важливих аспектів медичного обслуговування, які можуть вплинути на попередження критичних випадків, а також на попередження материнської захворюваності та летальності.

2. Комісія утворюється у закладі охорони здоров'я для проведення аналізу факторів або причин, які сприяли або перешкоджали наданню якісної медичної допомоги під час вагітності, пологів або в післяпологовому періоді та призвели до важких ускладнень, що становлять загрозу для життя жінки.

3. Випадки важкої материнської захворюваності, що становлять загрозу для життя жінки та підлягають розгляду (далі — Випадки), визначаються Комісією.

4. Комісія при розгляді Випадків керується нормативно-правовими актами МОЗ України, а також клінічними протоколами.

5. Персональний склад Комісії затверджується головним лікарем закладу охорони здоров'я.

6. Очолює Комісію голова, який є відповідальною особою за розгляд Випадків.

7. До складу комісії входять психолог (у разі наявності за штатним розписом), лікар-акушер-гінеколог, лікарі суміжних спеціальностей

(наприклад, лікар-анестезіолог, лікар-терапевт, лікар-інфекціоніст), акушерка, медична сестра та інші.

8. Формою роботи Комісії є засідання, які скликаються за потреби, але не рідше одного разу на місяць.

9. Підготовка матеріалів до розгляду Комісією, а також забезпечення її документообігу покладаються на секретаря Комісії.

10. Секретар Комісії інформує членів Комісії не менше ніж за 5 робочих днів до дати засідання про час і місце його проведення; веде і оформляє протокол засідання Комісії, а також інші документи за дорученням голови Комісії; забезпечує підготовку та зберігання документів Комісії.

11. Член Комісії, який не підтримує рішення Комісії, викладає у письмовій формі свою окрему думку, що додається до протоколу засідання.

12. Рішення Комісії приймається шляхом відкритого голосування та оформлюється протоколом за формою, наведеною у додатку до цього Положення, який підписують усі присутні у день закінчення засідання.

**Директор Департаменту  
реформ та розвитку  
медичної допомоги**

**М. Хобзей**

Додаток  
до Положення про постійно  
діючу комісію для розгляду  
випадків важкої материнської  
захворюваності, що становить  
загрозу для життя жінки

**Протокол**  
**проведеного аналізу дослідження випадків важкої**  
**материнської захворюваності, що становить загрозу для життя жінки**  
(заповнюється на рівні закладу охорони здоров'я по кожному випадку, що  
розглядається, окремо)

<b>Критичний випадок</b> _____ (короткий опис)	
<b>Найменування закладу охорони здоров'я</b> _____	
<b>Дата проведення засідання комісії</b> _____	
<b>Елементи медичної допомоги</b>  1. Госпіталізація (стан жінки при госпіталізації, коли стан погіршився і став загрозливим для її життя). 2. Постановка діагнозу (відповідно до клінічних протоколів, строки встановлення заключного клінічного діагнозу, повнота обстеження, проведення консиліуму та призначення відповідного лікування). 3. Лікування/ведення (відповідність призначеного лікування клінічним протоколам; наявність порушень	<b>Фактори або причини, які сприяли або перешкождали наданню якісної медичної допомоги</b>  1. Персонал (кваліфікація персоналу, який надавав медичну допомогу; володіння навичками; наявність постійного або чергового (ургентного) персоналу; налаштованість системи оповіщення чергового медичного персоналу тощо). 2. Оснащення (наявність та доступність медичного обладнання і виробів медичного призначення). 3. Лікарські препарати (укомплектованість ургентних шаф

<p>при призначенні та виконанні необхідного лікування).</p> <p>4. Спостереження під час підтримуючого лікування (відповідність підтримуючої терапії клінічним протоколам).</p> <p>5. Виписка (відповідність діагнозу на момент виписки стану пацієнтки; термін перебування пацієнтки в стаціонарі, стан здоров'я пацієнтки під час виписки зі стаціонару).</p> <p>6. Інформація щодо медичної карти хворого (повнота інформації, що міститься в медичній документації: детальний анамнез, скарги, стан здоров'я при поступленні тощо).</p> <p>7. Інші (у разі якщо деякі складові частини медичного обслуговування не були зазначені у попередніх розділах, їх варто зазначити в розділі «Інші»).</p>	<p>необхідними препаратами; перелік лікарських препаратів для надання невідкладної медичної допомоги. Вказати, які лікарські препарати були відсутні у певний час, і пояснити причини їх відсутності).</p> <p>4. Уніфіковані та локальні клінічні протоколи (наявність та дотримання).</p> <p>5. Організація надання медичної допомоги і ведення пацієнтки.</p> <p>6. Пацієнтка і сім'я (надання показаної безоплатної допомоги пацієнтці; відмова родичів або жінки дати згоду на проведення будь-яких лікувально-діагностичних заходів тощо).</p> <p>7. Інші фактори або причини, які сприяли або перешкоджали наданню якісної медичної допомоги та не були враховані раніше</p>
<p><b>Елементи медичної допомоги, які здійснювалися належним чином</b></p>	<p><b>Фактори, які сприяли процесу надання медичної допомоги</b></p>
<p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.</p>	<p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.</p>
<p><b>Елементи медичної допомоги, які здійснювалися з порушеннями клінічних протоколів</b></p>	<p><b>Фактори, які перешкоджали процесу надання медичної допомоги</b></p>
<p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.</p>	<p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.</p>

Напрями, за якими діяльність закладу охорони здоров'я <b>може бути покращена:</b> 1. 2. 3.	<b>Пропозиції</b> щодо покращення надання медичної допомоги:  1. 2. 3.
	Які із запропонованих вище заходів були реалізовані: 1. 2. 3.
	Якщо не були реалізовані усі запропоновані заходи, що затримувало їх реалізацію і яким чином можна ліквідувати ці фактори?

---

(посада, П.І.Б.)

---

(підпис)