

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №7. Невиношування вагітності

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Вибіркова дисципліна «Акушерство та гінекологія в практиці сімейного лікаря»

Практичне заняття №7. Тема: «Невиношування вагітності»

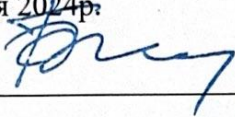
Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна: «Акушерство та гінекологія в практиці сімейного лікаря»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №7. Невиношування вагітності

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024р.

Завідувач кафедри  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології  Шевченко О.І.

Практичне заняття №7

Тема: «Невиношування вагітності»

Мета: Систематизувати та поглибити знання за темою «Невиношування вагітності». Розширити знання про різні стадії мимовільного викидня та передчасних пологів, істміко-цервікальної недостатності. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню данної патології.

Основні поняття: Самовільний викидень. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). Передчасні пологи. Класифікація і діагностика.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуатійні задачі, пацієнти, історії хвороби.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Невиношування вагітності складає від 10 до 20-35% до числа вагітностей і немає тенденції до зниження.

Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, так як невиношування вагітності призводить до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, її сімейне благополуччя, працездатність та визначається часто високою перинатальною смертністю недоношених дітей, значними економічними затратами, які пов'язані з їх доглядом, а також значною долею цих дітей серед інвалідів з дитинства і хворих з хронічною патологією.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо).

- Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані;
- здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів;
- здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання;
- здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;

- здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань;
- здатність до виконання медичних маніпуляцій;
- здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

Перелік дидактичних одиниць:

- самовільний викидень;
- істміко-цервікальна недостатність;
- передчасні пологи.
- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

- Визначення та класифікація невиношування вагітності.
- Фактори ризику невиношування вагітності.
- Етіологія невиношування вагітності.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при загрозовому аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при аборті в ході.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при неповному аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при повному аборті.
- Клініка, діагностика та тактика дій сімейного лікаря при аборті, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода).
- Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН): визначення, діагностика та тактика дій сімейного лікаря.
- Передчасні пологи: визначення, діагностика, тактика дій сімейного лікаря.
- Профілактика невиношування вагітності.

Типові ситуаційні задачі:

1. Жінка 23 років госпіталізована у відділення зі скаргами на ниючий біль внизу живота, затримку місячних (остання менструація була 6 тижнів тому), незначні кров'яністі виділення з піхви. Вагітність перша. Вагінально: шийка матки відхилена дозад, довжиною 2,5 см, зовнішнє вічко закрито, виділення незначні, кров'яністі. Тіло матки збільшене до 6 тижнів вагітності, в гіпертонусі. Додатки – без особливостей. Поставте діагноз.

Відповідь: Діагноз: Вагітність I, 6 тижнів. Загрозливий аборт.

2. У гінекологічне відділення поступила вагітна в терміні 10-11 тижнів зі скаргами на сильний переймоподібний біль внизу живота та попереку, рясну кровотечу з піхви. Вагітність II. При гінекологічному дослідженні: шийка матки центрована, зовнішнє вічко відкрите, в цервікальному каналі – частини плідного яйця. Матка збільшена до 10 тижнів вагітності, в підвищеному тонусі. Який діагноз?

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, 10-11 тижнів. Аборт в ході.

Типові тестові завдання:

1. Невиношування вагітності – це мимовільне її переривання в терміні:

- A. Від початку вагітності по 36 тижнів+6 днів.
 - B. Від початку вагітності до 22 тижнів.
 - C. Від 12 до 22 тижнів.
 - D. Від початку вагітності до 12 тижнів.
2. Ранній спонтанний аборт – це мимовільне переривання вагітності в терміні:
- A. Від початку вагітності до 22 тижнів.
 - B. Від початку вагітності до 12 тижнів.
 - C. Від початку вагітності до 37 тижнів.
 - D. Від 12 тижнів до 22 тижнів.
3. Пізній спонтанний аборт – це мимовільне переривання вагітності в терміні:
- A. Від початку вагітності до 12 тижнів.
 - B. Від 10 до 20 тижнів.
 - C. Від 22 до 37 тижнів.
 - D. Від 12 до 22 тижнів.
4. Передчасні пологи – це пологи в терміні вагітності:
- A. Від початку вагітності до 37 тижнів.
 - B. Від 12 до 37 тижнів.
 - C. Від 22 до 37 тижнів.
 - D. Від 12 до 22 тижнів.

Вірні відповіді: 1 – A; 2 – B; 3 – D; 4 – C.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувців групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення хворої.

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. У першовагітної при терміні гестації 5-6 тижнів вдома відбувся мимовільний аборт. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення, піхва вільна, шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає кінчик пальця, матка щільна, безболісна при пальпації, дещо збільшена у розмірах. Додатки матки не збільшені, безболісні, вагінальні склепіння вільні; виділення кров'яністі, незначні.

Завдання:

1. Якій стадії мимовільного аборту відповідає дана клінічна картина?
2. Наступна тактика?

Відповідь:

1. Вагітність I, 5-6 тижнів. Повний аборт.
2. За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків – за індивідуальними клінічними показаннями.

2. Повторновагітна при терміні гестації 16 тижнів поступила в пологовий будинок зі скаргами на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці, темні кров'яністі виділення із статевих шляхів, нудоту, слабкість. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 12 тижнів вагітності. При УЗД: серцева діяльність плоду не візуалізується, зсув кісток черепа.

Завдання:

1. Який діагноз найбільш вірогідний?
2. Наступна тактика?

Відповідь:

1. Вагітність II, завмерла в 12 тижнів.
2. Терміново провести евакуацію плодових тканин з порожнини матки хірургічним шляхом. Необхідність профілактичного застосування антибіотиків – за індивідуальними клінічними показаннями. Пам'ятати: знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше, збільшує ризик коагулопатичних ускладнень.

Нетипові тестові задачі:

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в терміні 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Гінекологічне дослідження: шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите, у цервікальному каналі – частини плідного яйця; тонус матки підвищений, розмір матки відповідає терміну вагітності; виділення кров'яністі, значні. Яка стадія мимовільного аборт?

- А. Загрозливий аборт
- В. Аборт в ході
- С. Неповний аборт
- Д. Повний аборт.

2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в терміні 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Гінекологічне дослідження: шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите, у цервікальному каналі – частини плідного яйця; тонус матки підвищений, розмір матки відповідає терміну вагітності; виділення кров'яністі, значні. Яка тактика ведення?

- А. Призначення препаратів прогестерону
- В. Призначення токолітичних препаратів
- С. Кюретаж стінок порожнини матки
- Д. Ліжковий режим, спостереження

Вірні відповіді: 1 – В, 2 – С.

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Невиношування вагітності:

- ранній спонтанний аборт - спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
 - передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 - 259 днів).

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) - вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак життя.

За стадіями розпитку виділяють:

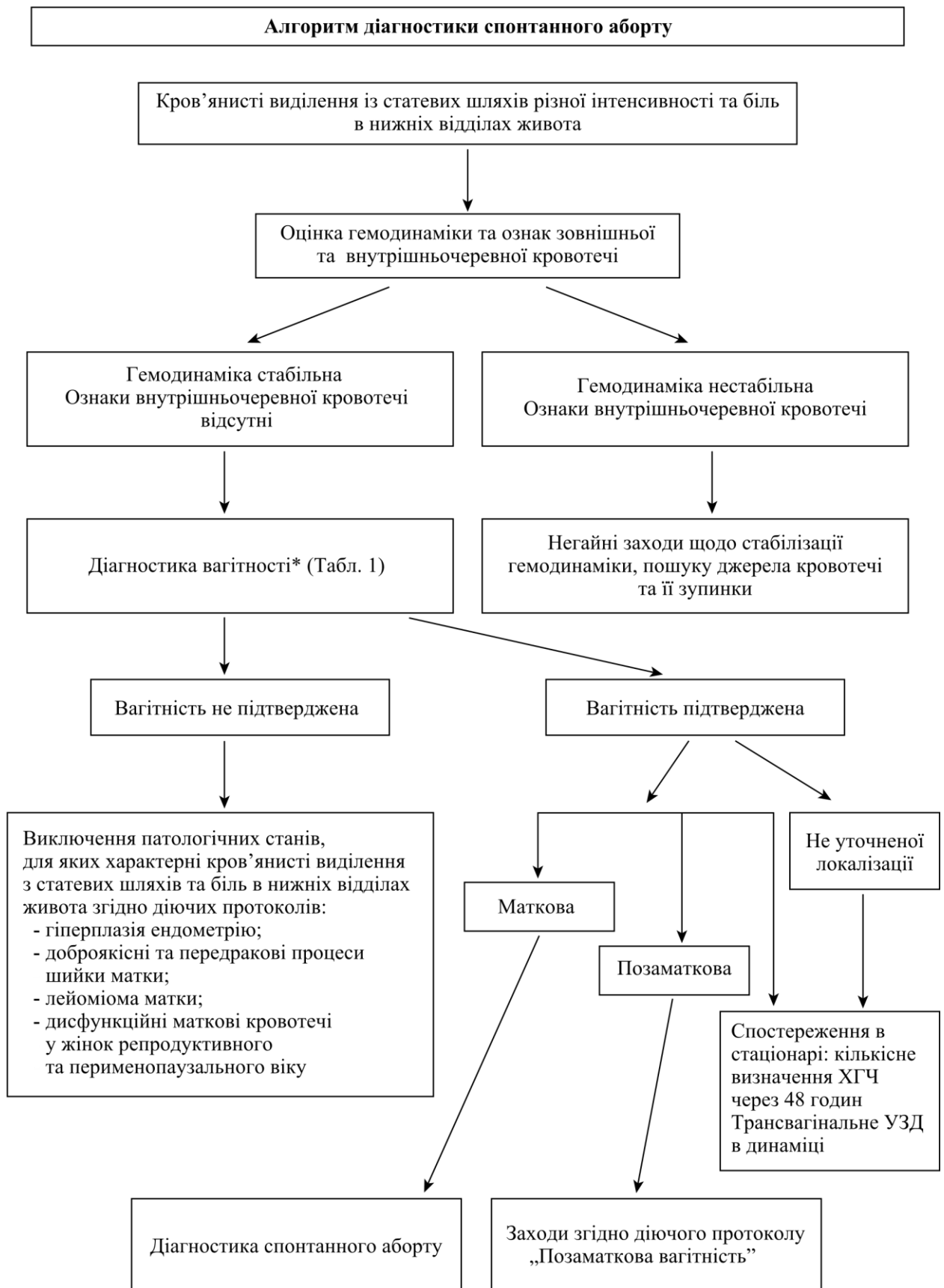
- Загрозливий аборт
- Аборт в ході
- Неповний апорт
- Повний аборт.

Крім того виділяють:

- Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода);
- Інфікований аборт.

Таблиця 1 . Ознаки вагітності в першому триместрі

Дані анамнезу	Дані об'єктивного огляду	УЗД	Дані лабораторних досліджень
- Затримка менструації - Нудота, блювання, смакові примхи, зміни смакових відчуттів	- Збільшення розмірів матки, зміни консистенції та форми матки, що свідчить про наявність вагітності (ознаки Гентера, Горвіца-Гегара, Піскачека, Снегірьова та ін). - Пом'якшення шийки матки та ціаноз стінок піхви. - Збільшення та нагрубання молочних залоз.	- Візуалізація плідного яйця, ембріону/плода (залежно від терміну вагітності)	- Позитивний гравітест (якісний тест) - Підвищення вмісту ХГЛ в сироватці крові (кількісний тест)



*Слід ретельно слідкувати за показниками гемодинаміки до підтвердження маткової вагітності.

Таблиця 2 . Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+ -
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17 - КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофізу (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	- -
8	Імунологічне обстеження за показаннями (АВО та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, β2 глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+ +	+ -
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма. Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Передчасні пологи – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода масою більш 500г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації, доцільно виділити такі періоди:

- 22 - 27 тижнів;
- 28 - 33 тижні;
- 34 - 36 тижні + 6 днів гестації.

Принципи ведення передчасних пологів:

- **Оцінка ступеня** прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології з метою визначення рівня надання стаціонарної допомоги.

- **Визначення плану ведення** пологів та поінформоване узгодження його з жінкою.

- **Контроль за станом матері** та плода під час пологів з веденням партограми.

- **Профілактика** респіраторного дистрес синдрому до 34 тижнів вагітності.

- **Знеболювання пологів** за показаннями.

- **Оцінка стану дитини**, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету дитини, спільне перебування матері та дитини з перших годин, широке використання методу “кенгуру” при виходжуванні дітей з малою масою.

Прегравідарна підготовка включає:

- Припинення шкідливих впливів:
 1. Відмова від паління.
 2. Відмова від вживання алкоголю.
 3. Виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва.
 4. Уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.
- Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань:
 1. Нормалізація режиму праці та відпочинку.
 2. Створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті).
 3. Раціональне харчування.
 4. Регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо).
 5. Санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо).
 6. Нормалізація маси тіла.
 7. Щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи.
 8. Вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері.
 9. Підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:

- цукровий діабет: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття;
- артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені дозастосування під час вагітності);
- гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреїдного стану);
- епілепсія (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття);
- вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
- хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
- інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).
- виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Алгоритм виконання практичних навичок.

Вимірювання та оцінювання розмірів жіночого тазу.

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) взяти в руки тазомер;
- 9) розташувати гудзики тазомера на передньо-верхні ості клубових кісток (вказати нормативний показник D. spinarum = 25-26 см);
- 10) перевести гудзики тазомера на найбільш віддалені місця гребенів клубових кісток (вказати нормативний показник D. cristarum = 28-29 см);
- 11) встановити гудзики тазомера на великі вертіла стегнових кісток (вказати нормативний показник D. trochanterica = 30-31 см);
- 12) укласти пацієнтку на лівий бік із зігнутою у колінному суглобі лівою ногою; виміряти відстань від верхнього краю симфізу до надкрижової ямки (вказати нормативний показник C. externa = 20-21 см);
- 13) під час внутрішнього акушерського дослідження виміряти відстань від нижнього краю симфізу до крижового мису (вказати нормативний показник C. diagonalis = 12,5-13 см);
- 14) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 15) подякувати пацієнтці;
- 16) зняти оглядові рукавички;

17) вимити руки.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

- **Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.**

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні невінашиванню вагітності.

- Скласти план обстеження пацієнток з невиношуванням вагітності.

- Скласти план лікування пацієнток з невиношуванням вагітності.

- Діагностувати загрозу передчасних пологів.
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. До гінекологічного відділення надійшла повторно вагітна К., 25 років, термін гестації 15-16 тижнів, скаржиться на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці протягом 5 діб. В анамнезі: попередні пологи три роки тому ускладнилися розривом шийки матки II ступеня. Післяпологовий період перебігав без особливостей.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Турбують закрепи. Сечовипускання безболісне, дещо прискорене. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки розм'якшена, вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Плодовий міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно до терміну вагітності. Придатки матки не збільшені. Виділення із статевих шляхів білі.

Завдання:

- Діагноз.
- Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

- Вагітність II, 15-16 тижнів. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність.

- Ліжковий режим, статевий спокій, спазмолітична, седативна терапія, санація піхви, накладання шва на шийку матки або встановлення акушерського песарія.

2. Повторно вагітна В., 28 років, при терміні гестації 30 тижнів надійшла до акушерського стаціонару зі скаргами на періодичний переймоподібний біль внизу живота. В анамнезі два мимовільних аборти у пізніх термінах.

Живіт збільшений вагітною маткою, овоїдної форми. Тіло матки чітких контурів, локальної болючості немає. Матка періодично тонізується. Ворухіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 150 уд./хв., вислуховується зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення у нормі.

При вагінальному дослідженні: шийка матки розм'якшена, завдовжки 1,5 см, центрована; цервікальний канал пропускає кінчик пальця; передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Плодовий міхур цілий. Екзостозів у порожнині малого таза немає, мис недосяжний. Виділення слизові.

Завдання:

- Діагноз.
- Тактика ведення пацієнтки.

Відповідь:

- Вагітність III, 30 тижнів. ОАА. Загроза передчасних пологів.
- Враховуючи термін гестації (30 тижнів), розкриття шийки матки менше 3 см, призначається токолітична терапія протягом 48 год. з метою проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому. Токолітична терапія проводиться блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипін), бета-міметиками (гініпрал).

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2020р.) У жінки 30-ти років було три самовільних викидня та одні передчасні пологи. При обстеженні має місце позитивна реакція на антикардіоліпінові антитіла та вовчаковий антикоагулянт. Поставте діагноз:

- A. Антифосфоліпідний синдром*
- B. Синдром Штейна-Левенталя
- C. Геморагічний синдром
- D. Синдром Шихана
- E. Синдром тестикулярної фемінізації

2. (2019р.) Вагітна 22-х років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів, що розпочалася 2 дні тому, сильну втому та запаморочення. Термін вагітності 13 тижнів. За день вона використала 6 гігієнічних прокладок. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., температура - 37,8°C, пульс 125/хв., частота дихання - 15/хв. Розпочата інфузійна терапія. При вагінальному дослідженні: кров у піхві, шийка матки згладжена та розкрита. На УЗД плідне яйце в порожнині матки, серцебиття і рухи плода не визначаються. Який з наступних кроків у веденні пацієнтки буде найбільш доречним?

- A. Метотрексат
- B. Постільний режим та анальгетики
- C. Магнію сульфат внутрішньовенно
- D. Дилатація та кюретаж матки*
- E. Антибіотикотерапія

3. (2016р.) Хвору 24-х років доставлено до стаціонару бригадою швидкої допомоги в зв'язку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість. АТ-100/60 мм рт.ст., Рс- 90/хв. Остання нормальна менструація 2 місяці тому. Під час огляду шийки матки в дзеркалах спостерігаються залишки ембріональної тканини. В ході бімануального дослідження: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, безболісна, цервікальний канал пропускає палець. Який попередній діагноз?

- A. Неповний аборт*
- B. Дисфункціональна маткова кровотеча
- C. Порушена позаматкова вагітність
- D. Запалення придатків матки
- E. Міома матки

4. (2010, 2009рр.) Першовагітна 18-ти років у 27-28 тижнів вагітності

прооперована з приводу гострого флегмонозного апендициту. Профілактику яких ускладнень треба проводити у післяопераційному періоді?

- А.Невиношування вагітності*
- В.Кишкова непрохідність
- С.Гіпотрофія плода
- Д.Передчасне відшарування плаценти
- Е.Пізній гестоз

4. Підведення підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - оцінювання: максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторного та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретує данні

	клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Б.М. Венцківський та ін. - К.: ВСВ «Медицина», 2020. - 424 с.
2. Акушерство та гінекологія: у 4 т.: підручник. Т.1. Акушерство / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. – 2-е вид., випр. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 1032 с.
3. Передчасні пологи: навч. посіб. / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок, 2023. – 186 с.
4. Акушерство: підручник / [Пирогова В.І., Булавенко О.В., Вдовиченко Ю.П. та ін.; за заг. ред. Пирогової В.І.] – Вінниця: Нова Книга, 2021. – 472 с.
5. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
6. Obstetrics: student's book = Акушерство: підручник / Gladchuk I.Z., Ancheva I.A. Vinnytsia: Nova Knyga, 2021. – 288 p.
7. Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 p.

Додаткова:

1. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
2. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
3. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
4. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
5. Ситуаційні задачі з акушерства: навч. посібник. / В.М. Запорожан, А.Г. Волянська, Г.Л. Лавриненко та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Одеса: ОНМедУ, 2014. – 140 с.
6. Передчасні пологи: питання прогнозування, профілактики та ведення

- (Огляд літератури) / Є.В Петренко, К.Р. Струбчевська // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2021. - №3 (48). – С. 57-64.
7. Особливості доплерометричних показників фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозою передчасних пологів на фоні застосування метаболічної терапії / Гладчук І.З., Панчук Е.А. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2019. – №2 (44). - С. 31-34.
 8. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchtsis. – Oxford University Press, 2020. – 928p.
 9. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
 10. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
 11. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.
 12. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>