

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

 **ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття № 32

Тема: **«Передчасне переривання вагітності. Переношування вагітності. Багатоплідна вагітність»**

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології



Парубіна Д.Ю.

Практичне заняття № 32

Тема: «Передчасне переривання вагітності. Переношування вагітності. Багатоплідна вагітність»

Мета: сформувати уміння самостійного ведення передчасного переривання вагітності, переношування вагітності та багатоплідної вагітності.

Основні поняття: етіологія та патогенез передчасного переривання вагітності в різні терміни. Класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного аборту. Передчасні пологи. Особливості ведення передчасних пологів. Профілактика невиношування вагітності.

Етіологія і патогенез переношування вагітності. Методи діагностики переношування вагітності. Перебіг вагітності і пологів, вплив на плід. Тактика ведення переношеної вагітності. Профілактика і терапія ускладнень, пов'язаних з переношуванням.

Багатоплідна вагітність: класифікація та діагностика. Тактика ведення вагітності та пологів при багатоплідності. Синдром фето-фетальної трансфузії, ВЗОП (внутрішньоутробна загибель одного плода).

Обладнання: професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби (пологів).

Навчальний час: 4 години

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

Питання пренатальної патології у жінок є достатньо актуальними. Незважаючи на значні досягнення практичного акушерства та гінекології з проблеми вагітності та пологів, залишаються актуальними питання невиношування вагітності, передчасних пологів. Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами. Також важливе місце в акушерській патології посідають переношена вагітність, багатоплідна вагітність, що призводять до ускладненого перебігу вагітності та пологів, іноді

роблять неможливим самостійне родорозрішення, підвищують частоту кесаревого розтину, материнську та перинатальну патологію. Тому своєчасна діагностика можливих відхилень та правильна тактика ведення вагітності, пологів є актуальними питаннями сучасного акушерства та гінекології.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо)

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять

Вимоги до знань:

- володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- оцінювати інформацію щодо діагнозу застосовуючи стандартну процедуру, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень;
- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- виділяти провідний клінічний симптом або синдром та встановлювати попередній діагноз, здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;
- визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку, характер харчування;
- діагностувати невідкладні стани;
- визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- виконувати медичні маніпуляції;
- проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду;
- мати спеціалізовані знання про будову тіла жінки, її органи та системи; періоди фізіологічних пологів; методи обстеження породіллі в пологах; оцінку стану плода в пологах; клінічний перебіг та ведення передчасних пологів; етапи післяпологового періоду та особливості його ведення;
- обґрунтовано формулювати та довести до породіллі, родичів та фахівців рекомендації для найбільш ефективного проходження пологів;
- вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- етіологія та патогенез передчасного переривання вагітності в різні терміни;
- класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного аборту;
- передчасні пологи, особливості ведення передчасних пологів;

- профілактика невиношування вагітності;
- етіологія і патогенез переношування вагітності;
- методи діагностики переношування вагітності;
- перебіг вагітності і пологів, вплив на плід, тактика ведення переношеної вагітності;
- профілактика і терапія ускладнень, пов'язаних з переношуванням;
- багатоплідна вагітність: класифікація та діагностика;
- тактика ведення вагітності та пологів при багатоплідності;
- синдром фето-фетальної трансфузії, ВЗОП (внутрішньоутробна загибель одного плода).

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття

Питання:

1. Визначення терміну «невиношування вагітності»?
2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності?
3. Мимовільний аборт. Класифікація?
4. Клініка, діагностика мимовільного аборту?
5. Лікування мимовільного аборту?
6. Передчасні пологи, особливості ведення?
7. Переношена вагітність. Діагностика, тактика ведення?
8. Багатоплідна вагітність. Класифікація?
9. Тактика ведення вагітності та пологів при багатоплідній вагітності?
10. Ускладнення при багатоплідній вагітності. Синдром фето-фетальної трансфузії?

Типові ситуаційні задачі:

1. Вагітна 22 років спостерігалася в жіночій консультації з приводу вагітності 11-12 тижнів. Упродовж останніх днів відчувала болі, що тягнуть в нижніх відділах живота, але до лікаря не зверталася. Час назад з'явилися спазмові болі внизу живота і кровотеча. Піхове дослідження: піхва заповнена згустками крові, шийка матки розкрита на 2 см. У каналі визначається напружений плодовий міхур. Матка збільшена до 11-12 тижнів вагітності, щільна. Виділення кров'янисті, рясні.

Питання: Які дії повинен зробити лікар?

Відповідь: Вишкрібання порожнини матки.

2. До гінекологічного відділення надійшла повторновагітна, 24 роки, термін гестації 16 – 17 тиж., скаржиться на періодичні тягучі болі внизу живота і в поперековій ділянці протягом 5 діб. В анамнезі: попередні пологи чотири роки тому ускладнилися розривом шийки матки II ступеня. Післяпологовий період перебігав без особливостей. Живіт м'який, безболісний при пальпації. 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, вагінальні склепіння вільні. Виділення із статевих шляхів слизові.

Питання: Який найбільш імовірний діагноз?

Відповідь: Вагітність II, 16 - 17 тиж. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН).

Типові тестові завдання:

1. У відділення патології вагітності надійшла першовагітна 22 років зі скаргами на ниючі болі внизу живота. Має сестру-близнюка. Термін вагітності 33 тижня. Окружність живота 107 см. Висота стояння дна матки 37 см. Тонус матки підвищений. Положення плода подовжнє, над входом у малий таз пальпується округла, щільна, рухлива частина плода. Серцебиття плода вислуховується праворуч нижче пупка, 136 уд./хв. і ліворуч на рівні пупка, 138 уд./хв. Найбільш ймовірна причина ускладнення вагітності?

- A. Тазове передлежання плода.
- B. Гестоз.
- C. Багатоводдя.
- D. Багатоплідна вагітність.
- E. Великий плід.

2. У пологовий будинок надійшла жінка 26 років через 4 години від початку регулярної пологової діяльності. Вагітність третя, 38-39 тижнів, пологи другі. Таз нормальних розмірів. При зовнішньому акушерському дослідженні над входом у малий таз визначається голівка плода, у дні матки чітко пальпуються дві великі частини плода, одна з яких – голівка. Серцебиття плода чітко вислуховується ліворуч нижче пупка, 136 уд./хв. і праворуч вище пупка 150 уд./хв. Окружність живота 119 см. Висота стояння дна матки 42 см. Найбільш імовірний компонент діагнозу?

- A. Макросомія.
- B. Двійня.
- C. Вроджені вади розвитку плода.
- D. Затримка внутрішньоутробного росту плода.
- E. Маловоддя.

3. Вагітна в терміні 38 тижнів надійшла у відділення патології вагітності. Діагностована двійня. Передлежання першого плода ножне, положення другого плода поперечне. Визначте план ведення?

- A. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- B. Пологи через природні пологові шляхи.
- C. Ургентний кесарів розтин.
- D. Призначити гімнастику, що коригує.
- E. Плановий кесарів розтин.

Вірні відповіді: 1 – D; 2 – B; 3 – E

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

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо)

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи необхідно розділити на 3 підгрупи по 4 – 5 чоловік в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

I підгрупа - повинна поставити клінічний діагноз та скласти план обстеження пацієнтки;

II підгрупа – скласти алгоритм подальшого ведення вагітності;

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1. Першовагітна у терміні 20 тижнів скаржиться на біль унизу живота, мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Матка в підвищеному тонусі, рухи плода відчуває. При бімануальному дослідженні: матка збільшена відповідно терміну вагітності, шийка матки вкорочена до 0,5 см., зовнішнє вічко відкрите на 2 см. Виділення кров'яністі, мажучі.

Питання: 1. Який найбільш імовірний діагноз?

2. Які дослідження потрібно призначити?

3. Яка тактика ведення пацієнтки?

4. Вкажіть обов'язкові умови для накладення шва на шийку матки або встановлення акушерського песарія.

Відповіді: 1. Вагітність I, 20 тиж. Загроза переривання вагітності. Істміко-цервікальна недостатність.

2. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор, загальний аналіз сечі, мазок на флору, кольпоцитологія, УЗД матки.

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

4. Живий плід без видимих вад розвитку, цілий плодовий міхур, відсутність ознак хоріонамніоніту, відсутність кровотечі, I–II ступінь чистоти піхви.

Задача 2. Першовагітна, 25 років, термін гестації 10 - 11 тиж., звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота і рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Живіт м'який, безболісний при пальпації. При вагінальному дослідженні: шийка матки

ціанотична, розм'якшена, завдовжки 1 см, цервікальний канал вільно пропускає один палець. Матка збільшена до 10 - 11 тиж. вагітності, щільна. Придатки матки не пальпуються, ділянка їх вільна. Вагінальні склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, зі згустками.

Питання: 1. Який найбільш імовірний діагноз?

2. Які дослідження потрібні у стаціонарі в ургентному порядку?

3. Тактика ведення пацієнтки?

4. Вкажіть реабілітаційні заходи після мимовільного аборт.

Відповіді: 1. Вагітність I, 10-11 тижнів. Аборт «в ходу».

2. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор.

3. Вишкрібання порожнини матки, гістологічне дослідження отриманого матеріалу з матки.

4. Профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика і лікування TORCH-інфекцій, психологічна реабілітація, нормалізація раціону харчування, за 3 міс. до зачаття прийом фолієвої кислоти 400 мкг на день, відмова від шкідливих звичок, медико-генетична консультація.

Нетипові тестові задачі:

1. Першовагітна знаходиться в II періоді пологів. Термін вагітності 40 тижнів. Народився один живий хлопчик масою 2400 г, довжиною 48 см. При пальпації матки в ній виявлений ще один живий плід. Положення другого плода подовжне, передлежить голівка. Серцебиття плода 140 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що відкриття шийки матки повне, плодовий міхур цілий. Голівка плода в порожнині малого таза. Тактика подальшого ведення пологів?

A. Амніотомія, консервативне ведення пологів.

B. Кесарів розтин.

C. Амніотомія, акушерські щипці.

D. Амніотомія, плодоруйнівна операція.

E. Амніотомія, стимуляція пологової діяльності.

2. У першовагітної 30 років на 20 тижні вагітності вилилися навколоплідні води без перейм і болі, стався мимовільний аборт. Можлива причина?

A. Істміко-цервікальна недостатність.

B. Ендокринна патологія.

C. TORCH - інфекція.

D. Аномалії розвитку геніталій.

E. Вік жінки

3. Вагітній у терміні 32 тижні з загрозою передчасних пологів проведена профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода. Який препарат призначений?

A. Окситоцин

- В. Дексаметазон
- С. Мізопростол
- Д. Гініпрал
- Е. Прогестерон

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – А; 3 – В

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

Алгоритм ведення передчасних пологів:

1. Під час госпіталізації вагітної (роділлі) в акушерській стаціонар черговий лікар акушер-гінеколог у приймальному відділенні ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності, звернувши увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми; з'ясовує скарги.

2. Для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів.

3. Здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів таза. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода; запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводить аускультацию серцебиття плода.

4. Проводять зовнішнє та, за відсутності передчасного розриву плодових оболонок, внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого таза.

5. До 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менше, ніж 3 см, відсутності амніоніта, прееклампсії, кровотечі, задовільному стані плода проводять токоліз.

Токолітична терапія бета-міметиками: гініпрал у дозі 10 мкг (2 мл) у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину призначається на строк 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС глюкокортикоїдами, та при необхідності переведення вагітної на вищий рівень надання допомоги.

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують - токоліз відмінюють. Далі пологи ведуть згідно партограми.

6. Профілактику респіраторного дистрес синдрому (РДС) плода проводять з 24 до 34 тижнів при загрозі передчасних пологів: в/м введення

дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24 мг чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг. Не використовувати кортикостероїди за наявності клінічних проявів важкої інфекції.

7. Проведення інтранатальної антибактеріальної терапії здійснюють у разі наявності ознак інфекції.

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

9. Знеболювання пологів за показаннями.

10. Оцінка стану дитини, підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері та дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу "кенгуру" при виходжуванні дітей з малою масою.

Алгоритм ведення переношеної вагітності та пологів:

1. Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги. Для попередження переношування вагітності доцільною є госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки пологових шляхів до пологів.

2. За наявністю перших ознак вагітності, що переношується, показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності. Підготовка пологових шляхів та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа.

3. Підготовка шийки матки до індукції пологів при наявності незрілої шийки матки в терміні після 41 тижня проводять з використанням простагладинів E1 та E2 або ламінарії (при оцінці ступеню зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів, в цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки, за необхідності процедуру можна повторити).

Показання та умови до індукції пологової діяльності: термін вагітності 42 тижні та більше; стан плода за біофізичним профілем 7-8 балів; зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа; відповідність розмірів плода і таза матері; відсутність плідного міхура (амніотомія).

Методи індукції пологів: пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура; амніотомія; крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.

Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину.

4. Рекомендовано починати індукцію пологів зранку, з 6 до 8 години; після амніотомії треба оцінити якість та кількість навколоплідних вод. Ведення партограми необхідно починати з моменту виконання амніотомії. Протягом 2-3 годин необхідно спостерігати за розвитком пологової діяльності; при

відсутності якої після 2-3 годин безводного періоду потрібно вводити окситоцин (внутрішньовенно крапельно).

5. Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності вважається наявність 3-4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Пологопідсилення проводиться зі спостереженням за станом плода та динамікою пологів.

6. Показання до операції кесаревого розтину:

- незадовільний стан плода;
- очікувана маса плода перевищує 4000 г;
- при неефективності заходів з підготовки шийки матки до розродження;
- при відсутності регулярної адекватної пологової діяльності впродовж 6 годин

Класифікація багатоплідної вагітності:

1. **Двояйцеві двійні (дизиготні)** – розвиваються в результаті запліднення двох або більше яйцеклітин. Кожен ембріон має свій амніон, плаценту та окрему систему кровообігу.

2. **Однояйцеві двійні (монозиготні)** – розвиваються в результаті ділення однієї заплідненої яйцеклітини.

Однояйцеві двійні можуть бути:

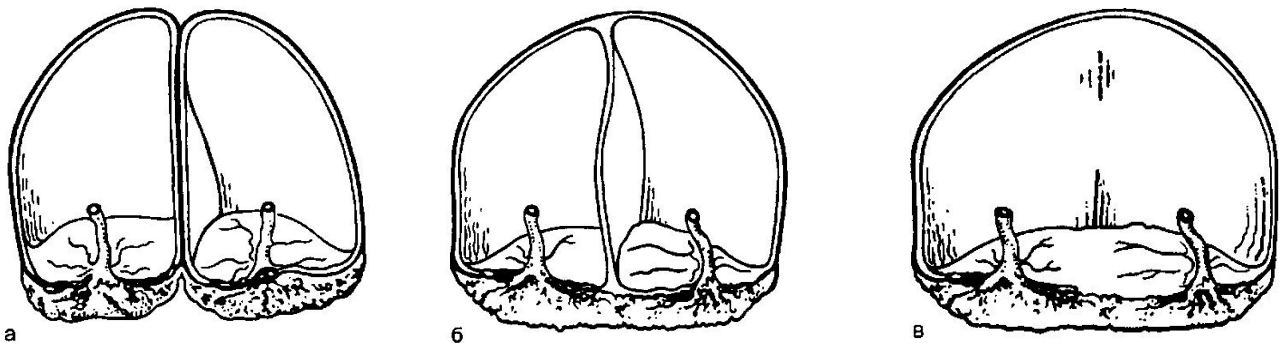
- *моноамніотичні* (спільний амніон) та *диамніотичні* (кожен плід має свій амніон);
- *монохоріальні* (спільний хоріон) та *дихоріальні* (кожен плід має свій хоріон).

Так, якщо ділення відбулося через 3 дні після запліднення, то кожен ембріон має свій амніон та хоріон (диамніотична дихоріальна двійня).

Ділення між 4 та 8 днем - кожен ембріон має свій амніон та спільний хоріон (диамніотична монохоріальна двійня).

Ділення між 9 та 12 днями – мають спільні амніон та хоріон (моноамніотична монохоріальна двійня).

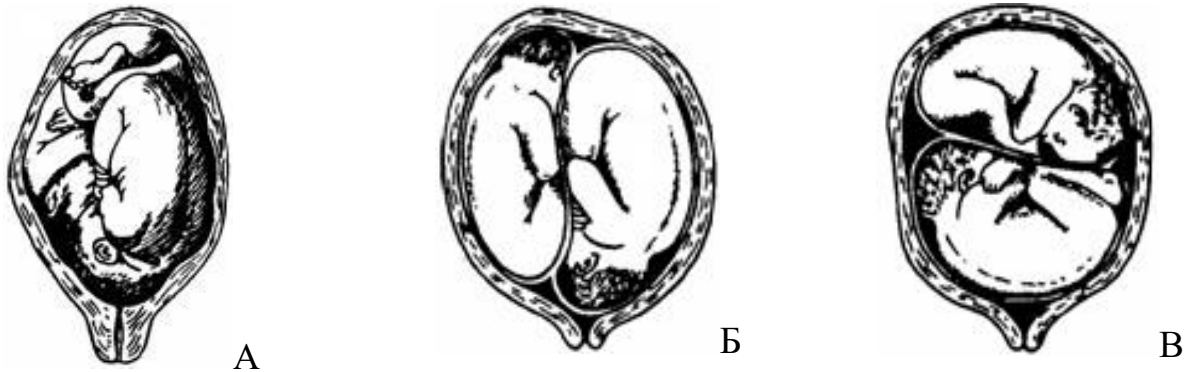
Ділення після 12 дня запліднення вже не буде повним, що приведе до розвитку зрощених близнюків.



Типи плацентазії у разі монозиготної двійні: а – диамніотичний дихоріальний тип, б – диамніотичний монохоріальний тип, в – моноамніотичний монохоріальний тип.

Варіанти можливих положень плодів при багатоплідді:

1. Обидва плоди у поздовжньому положенні: обидва у головному (рис. А); обидва у тазовому; один у головному, другий – у тазовому та навпаки (рис. Б).
2. Обидва плоди у поперечному положенні (рис. В).
3. Один у поздовжньому, другий в поперечному положенні.



Положення плода при багатоплідді: а – обидва плода у головному передлежанні, б – один у головному, другий – у тазовому, в – обидва плода у поперечному положенні.

Алгоритм ведення вагітності при багатоплідності:

1. Програма антенатального догляду, зокрема кількість візитів у ЖК, частота проведення УЗД та перелік завдань під час кожного обстеження залежать від хоріальності.
2. Рекомендовано збалансоване харчування, додаткове вживання фолієвої кислоти, заліза, вітаміну Д тощо.
3. Контроль в динаміці гемоглобіна, гематокрита, загального аналізу сечі.
4. УЗД, біофізичний профіль плодів; динамічне спостереження за довжиною шийки матки шляхом трансвагінальної ультразвукової цервікометрії.
5. При першому відвідуванні ЖК та в подальшому (за показами) має бути проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та, у разі виявлення, лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу, кандидозу тощо.
6. Діагностика преєклампсії (вимірювання артеріального тиску та дослідження сечі на наявність протеїнурії).
7. Профілактика преєклампсії - приймання 75 - 150 мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження, якщо жінка має один або більше з факторів ризику: перша вагітність; вік - 40 років або більше; інтервал між вагітностями понад 10 років; ІМТ - 35 кг/м² або більше при першому візиті в жіночу консультацію; преєклампсія в родині.
8. Шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики передчасних пологів у всіх жінок з

багатопліддям. Ці заходи можуть бути застосовані за наявності відповідних клінічних показань (ознаки істміко-цервікальної недостатності) та на підставі рішення консилиуму лікарів.

9. Використання токолітиків при багатоплідній вагітності може бути обґрунтовано лише наявністю показань (клінічні ознаки загрози переривання вагітності).

10. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому (РДС) плода проводиться кортикостероїдами за наявності симптомів загрози передчасних пологів чи при плануванні дострокового розродження за стандартною схемою.

Алгоритм ведення пологів при багатоплідній вагітності:

1. Оптимальним терміном для розродження неускладненої двійні є:
- дихоріальна діамніотична двійня - 37 - 38 тижнів;
- монохоріальна діамніотична двійня - 36 - 37 тижнів;
- монохоріальна моноамніотична двійня - в термін повних 32 тижні вагітності шляхом операції кесаревого розтину (після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами), враховуючи високий ризик внутрішньоутробної загибелі плода/плодів внаслідок порушення кровообігу при сплутуванні пуповин між собою.

2. Вибір способу розродження залежить від таких факторів: наявність/відсутність показань до кесаревого розтину; положення та передлежання плодів; термін вагітності; передбачувана маса та розміри плодів; хоріальність; стан плодів; стан матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності); акушерський анамнез.

3. Показання до кесаревого розтину: двійня монохоріальна моноамніотична; трійня та більша кількість плодів; зрощені близнюки; поперечне положення першого плода; тазове передлежання першого плода; двійня у поєднанні з рубцем на матці; затримка розвитку одного чи обох плодів та/або порушення кровоплину в артерії пуповини; тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27 - 29 тижнів; двійня дихоріальна діамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів та двійня монохоріальна діамніотична в терміні понад 37 тижнів при незрілості шийки матки та невдалій спробі підготовки пологових шляхів; невдала спроба зовнішньо-внутрішнього повороту другого плода при поперечному положенні після народження першого плода; двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова від вагінальних пологів; дистрес одного або двох плодів; аномалії пологової діяльності; випадіння пуповини або дрібних частин плода; інші акушерські показання.

4. При потиличному передлежанні I плода, цілому плідному міхурі, регулярній пологовій діяльності і доброму стані плодів пологи ведуть під кардіомоніторним контролем за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за

вставленням і опусканням передлеглої частини I плода. Внаслідок невеликих розмірів плодів, починаючи з розкриття шийки матки на 6-7 см і більше, паралельно з цим відмічається опускання передлеглої частини в порожнину малого таза. Це обумовлює труднощі в точному визначенні закінчення 1-го періоду пологів і початок II-го періоду пологів.

5. Знеболення пологів не відрізняється від знеболення при одноплідній вагітності. Щоб попередити аортокавальну компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багатоводдя, показаний розтин плідного міхура при відкритті шийки матки 4 см та повільне випускання вод.

6. Після народження першого плода показаний розтин плідного міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

7. У післяпологовому періоді необхідне спостереження за породіллями, профілактика та лікування субінволюції матки.

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення

1. Діагностувати різні клінічні форми мимовільного аборту.
2. Призначати клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
3. Оцінювати фактори ризику невиношування вагітності при збиранні анамнезу.
4. Особливості ведення передчасних пологів.
5. Діагностика переношеної вагітності.
6. Складати план лікарської тактики при переношуванні вагітності
7. Класифікація багатоплідної вагітності.
8. Тактика ведення вагітності та пологів при багатоплідності.
9. Поставити діагноз багатоплідної вагітності; визначити положення плодів в порожнині матки; провести аускультацию серцебиття плодів.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1. Повторновагітна, 26 років, при терміні гестації 30 тиж. надійшла до акушерського стаціонару зі скаргами на періодичний переймоподібний біль унизу 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. Ворущіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 150 уд./хв, вислуховується зліва нижче пупка. 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. Виділення слизові.

Питання: Який найбільш імовірний діагноз?

2. Яке лабораторне обстеження потрібно призначити в першу чергу?
3. Тактика ведення пацієнтки.

Відповіді: 1. Вагітність III, 30 тижнів, ОАА. Загроза передчасних пологів.

2. Загальний аналіз крові, коагулограма, група крові, резус-фактор, загальний аналіз сечі.
3. Враховуючи термін гестації (30 тиж.), розкриття шийки матки менше 3 см, призначається токолітична терапія протягом 48 год з метою проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому (Дексаметазон 6 мг в/м кожні 12 год, курсова доза — 24 мг)

Задача 2. Першовагітна, 26 років, доправлена до відділення патології вагітності при терміні гестації 42 тиж. Скарг немає. Ворухіння плода відчуває добре. Серцебиття плода ясне, ритмічне, до 145 уд./хв, вислуховується справа нижче пупка. Розміри таза 25–28–30–20 см; ОЖ 98 см, ВДМ 36 см. Матка у нормальному тонусі. Вагітність перебігала без ускладнень. Маса тіла збільшилася на 14 кг. При внутрішньому акушерському дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, без ознак запалення, піхва вільна, шийка матки розм'якшена, відхилена до крижів, завдовжки 1,5 см, зовнішній зів пропускає кінчик пальця, передлежить голівка, рухома над входом у малий таз. Плодовий міхур цілий. Виділення зі статевих шляхів слизові.

Питання: 1. Який найбільш імовірний діагноз?

2. Яка тактика ведення і розродження пацієнтки?
3. Вкажіть умови для проведення індукції пологів.

Відповіді: 1. Вагітність I, 42 тиж. (переношена). Поздовжнє положення плода, головне передлежання, друга позиція.

2. Підготовка шийки матки до індукції пологової діяльності: проводиться шляхом введення 1–5 ламінариїв у цервікальний канал на 24 год (за потребою процедуру можна повторити) або простагландину E2 (препідил-гель) з подальшою індукцією пологової діяльності.
3. Термін вагітності 42 тиж. і більше; стан плода при біофізичному профілі 7–8 балів і більше; зрілість шийки матки не менше 6 балів за шкалою Бішопа, відповідність розмірів плода і таза матері, відсутність плодового міхура.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2016) 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., Рs- 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
- E. Повний аборт

2. (2014) До жіночої консультації звернулася вагітна 25 років зі скаргами на ниючі болі внизу живота і в попереку. Термін вагітності 9-10 тижнів. В анамнезі 2 штучних аборти. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 3 см, канал шийки матки закритий, матка збільшена відповідно терміну вагітності, виділення слизові, мізерні. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Самовільний викидень, що почався
- B. Загроза самовільного викидня
- C. Вагітність, що не розвивається
- D. Міхуровий занесок
- E. Аборт «у ходу»

3. (2011) До гінекологічного відділення машиною швидкої допомоги доставлена жінка 21 року зі скаргами на переймоподібний біль унизу живота та кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Бімануально: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, м'якої консистенції, у цервікальному каналі пальпується плідне яйце. Придатки не пальпуються. Склепіння вільні, глибокі, безболісні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загроза викидня
- B. Шийкова вагітність
- C. Викидень «в ходу»
- D. Викидень, що розпочався
- E. Порушена трубна вагітність

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – В; 3 – С.

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання 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. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. 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;
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

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 під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних 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 інтерпритації даних 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.

V. 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 та ін. - К.: Медицина, 2020. - 424 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.)/ В.І. Грищенко, М.О. Щербина та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
3. Obstetrics and Gynecology: in 2 vol.: textbook. Vol. 1. Obstetrics/ V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskyi et al.; edited by

V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina. - 2nd edition. - К.: AUS Medicine Publishing, 2018. - 392 p.

4. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т. Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Дубініна В.Г., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2014. - 696 с.

5. Практикум з гінекології: навчальний посібник // А.М. Валовіна - ВСВ «Медицина», 2019. – 100 с.

Додаткова:

1. 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.

2. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.

3. Emergencies in obstetrics and gynecology / L.Markin, O.Medvyedyeva, O.Matviyenko. – Lviv: ЗУКЦ, 2018. – 160 p.

4. Міщенко В. П., Міщенко В. В., Лавриненко Г. Л., Головатюк-Юзефпольська І. Л. та ін. Патогенетичне обґрунтування алгоритму підготовки до вагітності майбутніх батьків зі звичним невиношуванням в анамнезі жінок. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.*- 2021. - № 1. – С. 115–122. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2021.1.12366>

5. Міщенко В.П., Руденко І.В., Голубенко М.Ю., Тумасян К.П. (2018). Профілактика плацентарної дисфункції, шляхом застосування фолатів. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* – 2018. - №1. – С. 93 - 96. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2018.1.8794>

6. Наказ МОЗ України від 31 грудня 2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»

7. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 901 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»

Інтернет-джерела для підготовки:

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/>