

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №30 Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Перинатальна охорона плода. Фармакотерапія в акушерстві

**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 ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №30 Тема: «Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Перинатальна охорона плода. Фармакотерапія в акушерстві»

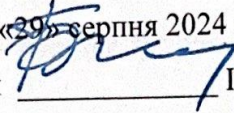
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №30 Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Перинатальна охорона плода. Фармакотерапія в акушерстві

Затверджено:

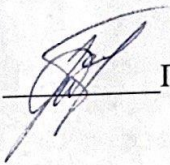
Засіданням кафедри акушерства та гінекології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології  Парубіна Д.Ю.

Практичне заняття №30

Тема: «Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Перинатальна охорона плода. Фармакотерапія в акушерстві»

Мета: сформувати вміння самостійного оцінювання особливостей перебігу фізіологічної вагітності, пологів та післяпологового періоду, удосконалення набутих навичок такокомпетентностей.

Основні поняття: ведення фізіологічної вагітності, пологів та післяпологового періоду; сучасні методи діагностики стану плода; особливості фармакотерапії в різні терміни вагітності та в післяпологовому періоді; питання медичної етики і деонтології; методи контрацепції в післяпологовому періоді.

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)

На сучасному етапі організації акушерської допомоги оптимальним є планування тактики ведення фізіологічної вагітності, проведення профілактики можливих ускладнень, контролювати стан матері та плода. Необхідно оцінювати ступінь прогнозованого ризику розвитку материнської та перинатальної патології, визначати план ведення пологів, проводити знеболювання пологів за показаннями, проводити оцінку стану дитини при народженні, первинний туалет новонародженого.

Вивчення основних етапів ведення фізіологічної вагітності дозволить лікарю швидко орієнтуватися у визначенні патології, яка зумовлює ускладнення пологів, післяпологового періоду, дозволить оцінити акушерську ситуацію та надати належну допомогу з урахуванням даних, базованих на принципах доказової медицини.

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;
- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;

- встановлювати попередній діагноз, здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;
- визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку;
- діагностувати невідкладні стани;
- визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- виконувати медичні маніпуляції;
- проводити консультування з питань планування сім'ї;
- визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних 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;
- мати спеціалізовані знання про методи контрацепції для окремих категорій населення; медичні критерії прийнятності ВООЗ для використання контрацепції;
- уміти провести оцінку пацієнтки та необхідне обстеження перед використанням контрацептивного засобу; демонструвати вміння проведення консультування з питань планування сім'ї;
- обґрунтовано формулювати та довести до породіллі, родичів та фахівців рекомендації для найбільш ефективного проходження пологів; надавати необхідну інформацію про зміни в організмі жінки в післяпологовому періоді;
- обґрунтовано формулювати та довести до пацієнтки, родичів та фахівців рекомендації щодо вибору методу контрацепції; надавати необхідну інформацію про зміни в організмі жінки під час використання контрацептивного засобу;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- ведення фізіологічної вагітності, пологів та післяпологового періоду;
- сучасні методи діагностики стану плода;
- особливості фармакотерапії в різні терміни вагітності та в післяпологовому періоді;
- питання медичної етики і деонтології;
- методи контрацепції в післяпологовому періоді.

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

Питання:

1. Ведення фізіологічної вагітності?

2. Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів?
3. Спостереження та допомога роділлі під час II періоду пологів?
4. Ведення III періоду пологів?
5. Особливості ведення післяпологового періоду?
6. Сучасні методи діагностики стану плода?
7. Особливості фармакотерапії в різні терміни вагітності?
8. Особливості фармакотерапії в післяпологовому періоді?
9. Методи контрацепції в післяпологовому періоді?
10. Питання медичної етики та деонтології в практиці лікаря акушера-гінеколога?

Типові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка надійшла до пологового будинку з вагітністю 38 тиж. через 5 год. після початку регулярних переймів. Вагітність друга, перші пологи два роки тому перебігали нормально. Температура 36,8 °С, АТ 120/180 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, перша позиція, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 162 уд./хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 0,5 см., зів відкритий на 2,5 см. Плодовий міхур цілий. Голівка плода розташована у першій площині малого таза.

Питання: Який діагноз найбільш вірогідний?

Відповідь: Вагітність II, 38 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція. Пологи другі, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.

2. Першовагітна 23 роки, термін вагітності 39-40 тиж. Скаржиться на перейми, що розпочалися 4 год. тому, тривають 20-25 сек., повторюються кожні 4-5 хв. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,7 °С; АТ 120/80 мм рт. ст., ЧСС 80 уд./хв. Положення плода поздовжнє, спинка повернута вперед та до лівої половини матки, передлежить голівка, яка розташована на 4 пальці вище симфізу. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 156 уд./хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, зовнішній зів має діаметр 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка. Мис недосяжний, частково доступні пальпації термінальні лінії та внутрішня поверхня симфізу, окрім верхнього краю.

Питання: Який діагноз найбільш вірогідний?

Відповідь: Вагітність I, 39-40 тиж. Поздовжнє положення плода, головне передлежання, перша позиція, передній вид. Пологи перші, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.

Типові тестові завдання:

1. При вимірах таза у вагітної зростом 160 см і масою 58 кг встановлені такі розміри таза: 26-29-31-20 см. Як інтерпретувати отримані результати?

- A. Четвертий ступінь звуження
- B. Перший ступінь звуження

- С. Другий ступінь звуження
- Д. Третій ступінь звуження
- Е. Розміри таза нормальні

2. Доношена дитина народилася з масою тіла 3200 г, довжиною тіла 50 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8-10 балів. Який оптимальний строк першого прикладання її до грудей?

- А. У перші 30 хвилин
- В. У перші 6 годин
- С. У перші 24 години
- Д. У перші 48 годин
- Е. Після 48 годин

3. У пацієнтки 22 років скарги на затримку менструації впродовж 2-х місяців. Змінилися смакові переваги. Вагітності не було. Піхве дослідження: слизова оболонка піхви та шийки матки - ціанотична, матка кулеподібної форми, збільшена до 7-8 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Придатки без особливостей. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Порухення оваріально-менструального циклу
- В. Міома матки
- С. Маткова вагітність
- Д. Міхурний занесок
- Е. Хоріонепітеліома

Вірні відповіді: 1 – Е; 2 – А; 3 – С

ІІІ. 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 та пологів;

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1. До лікаря жіночої консультації звернулася пацієнтка зі скаргами на відсутність менструації впродовж 3 міс., нудоту, відразу до м'ясної їжі, трапляється одноразове блювання вранці. Вік 25 років, одружена, вагітностей не було. Менструації з 13 років, регулярні, через 28 днів по 4-5 днів. При огляді: пацієнтка правильної статури. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. АТ 115/65 мм рт. ст., пульс 72 уд./хв. З боку внутрішніх

органів патології не виявлено. При гінекологічному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, відзначається ціаноз слизової оболонки шийки матки і піхви, піхва вузька, дно матки пальпується над лобковим симфізом, м'якої консистенції, при пальпації тонізується. Придатки не пальпуються. Виділення слизові.

Питання: 1. Який діагноз найбільш вірогідний?

2. План обстеження

3. Які обстеження потрібно проводити вагітній при кожному візиті до жіночої консультації?

Відповіді: 1. Вагітність I, 12 тижнів

2. Загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білка), посів сечі, група крові, резус-належність, загальний аналіз крові, серологічне обстеження на сифіліс, тест на ВІЛ-інфекцію, тест на наявність HbsAg, мазок на цитологію, мазок на флору (за показаннями), УЗД малого таза.

3. При кожному візиті до жіночої консультації вагітній вимірюють АТ, пульс, температуру тіла, висоту стояння дна матки із занесенням даних у гравідограму, призначають зробити загальний аналіз сечі або експрес-тест на наявність білка.

Задача 2: Породілля А., друга доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,8 °С, пульс ритмічний. Внутрішні органи без патологічних змін. Молочні залози дещо збільшилися, гіперемії немає, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка щільна, безболісна, контури чіткі, дно розташоване на 14 см вище лобка. Лохії кров'яністі, у невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення не було.

Питання: 1. Який діагноз найбільш вірогідний?

2. Які лікарські призначення необхідні відповідно до добипісляпологового періоду?

3. Швидкість інволюції матки у післяпологовому періоді. Чивідповідає висота розташування дна матки у цієї породіллі другійдобі післяпологового періоду?

Відповіді: 1. Післяпологовий період, друга доба.

2. На другу добу післяпологового періоду породілля потребує таких призначень: режим — вільний; гігієна зовнішніх статевих органів; догляд за молочними залозами; бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів.

3. Одразу після пологів дно матки розташоване на 16–18 см вище симфізу. Через 10–12 год дно матки встановлюється на рівні пупка і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі відповідає другій добі післяпологового періоду.

Нетипові тестові задачі:

1. Жінка 32 років, 39 тижнів вагітності, другі пологи. Почалася регулярна пологова діяльність. Маткові скорочення кожні 3 хвилини. Які з перелічених критеріїв найбільш точно визначають початок активної фази I періоду пологів?

А. Розкриття шийки матки 3 см та більше

В. Згладження шийки матки більше 90 %

- C. Тривалість скорочень матки більше 30 секунд
- D. Передлежача частина у нижній частині малого таза
- E. Розрив навколоплідного міхура

2. На прийом дільничного гінеколога звернулася жінка, яка страждає неплідністю, скарги на затримку менструації. Який тест на вагітність буде самим інформативним в ранніх термінах?

- A. Дослідження феритину
- B. Імунний тест гальмування гемаглютинації
- C. Дослідження хоріонічного гонадотропіну в крові
- D. Дослідження концентрації естрогенів в крові
- E. Дослідження концентрації прогестерону в крові

Вірні відповіді: 1 – A; 2 – C.

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

Алгоритм ведення фізіологічної вагітності

1. Своєчасне взяття вагітних на облік (перший візит до ЖК до 12 тиж.).

Перший візит передбачає:

- *збір анамнезу*(загального, включаючи психічні захворювання; акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини);
- *загальний огляд*: пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів; вимірювання артеріального тиску, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ; вимірювання розмірів таза тощо;
- *гінекологічний огляд*: у дзеркалах та бімануальне дослідження; мазок на цитологічне дослідження; мазок на флору;
- *заповнення медичної документації*: Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма №111/о та Обмінна карта - форма № 113/о (заносяться всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстежень із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування);
- *консультація суміжних спеціалістів* (стоматолог, терапевт та інші);
- *електрокардіограма*.

2. Під час кожного візиту: вимірювання АТ, пульсу, температури тіла, висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка; вимірювання маси тіла; аускультация ЧСС плода (усім вагітним з 20 тижня вагітності); огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.

3. Проведення ультразвукової діагностики: **I** - від 11 тижнів +1 день до 13 тижнів + 6 днів вагітності; **II** - 18-21 тиждень; **III** - визначається індивідуально, за необхідності в 32-37 тиж.;

4.Біохімічний скринінг:**I триместр** - від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності (РАРР-А, вільний β -ХГ); **II триместр** - 16-20 тижнів (АФП +вільний β -ХГ (double-test) або АФП + вільний β -ХГ + вільний естріол (triple-test)) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді).

5.Лабораторні обстеження:

- визначення *групи крові та резус-належності* (при постановці на облік);
- *загальний аналіз крові* з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);
- *загальний аналіз сечі*, включаючи *тест на наявність білка* (при постановці на облік і при кожному відвідуванні);
- *бакпосів сечі* для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);
- *коагулограма, глюкоза крові, печінкові проби* тощо (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);
- *аналіз крові на наявність антитіл при Rh-негативній належності крові* (при постановці на облік та в терміні 28 тижнів);
- *серологічне обстеження на сифіліс* (при постановці на облік; 29 тижнів вагітності);
- *тест на наявність HbsAg* (при постановці на облік);
- *двогодинний тест толерантності до глюкози* (24-28 тижнів);
- *тест на ВІЛ-інфекцію* (при постановці на облік та в 22-23 тижні вагітності);
- *мазок на цитологічне дослідження, на флору*(при постановці на облік);
- *бакпосів із зіву, носу* на стафілокок (при постановці на облік).

6.Оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить у середньому 7 - 9 разів. Якщо вагітна спостерігається лікарем сімейної медицини або фельдшером/акушеркою її необхідно скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога в терміні 19-21 та 30 тижнів.

7.Навчання вагітних раціональному режиму дня, харчування; консультування з питань підготовки до пологів та ознак початку пологів.

8. Мінерально-вітамінні комплекси з оптимальним вмістом основних інгредієнтів упродовж всієї вагітності (фолієва кислота, залізо, вітамін Д, йод). Рекомендовано щоденний прийом **фолієвої кислоти 400 мкг** та препаратів **заліза 30 – 60 мг** (Рекомендації ВООЗ, 2017р.).

Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/дітей з вродженими вадами нервової трубки - 800 мкг фолієвої кислоти.

9.У 28-32 тижні призначається **введення анти-резус імуноглобуліну всім вагітним з негативним резус-фактором** при відсутності у них антитіл, у яких чоловік має позитивний резус фактор (в/м 1 доза (300 мкг)).

10. У 30 тиж. надається вагітним **допологова декретна відпустка**. Тривалість допологової декретної відпустки становить 70 днів.

11.Ускладнення під час вагітності, при яких вагітна має звернутися за допомогою: кровотеча з піхви; зміна характеру рухів плода; сильний головний біль; затьмарений зір; лихоманка та озноб; біль при сечовиділенні;

постійні скорочення матки; раптові набряки; нудота, блювання, пронос; підтікання або вилиття навколоплідних вод.

12.Показання до негайної госпіталізації: кров'янисті виділення зі статевих шляхів;вилиття навколоплідних вод;підвищення температури тіла вище 38⁰С;діастолічний АТ > 110 мм рт.ст.; головний біль;порушення зору;біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;ознаки печінкової недостатності;олігурія (<25 мл./год.);тромбоцитопенія (<100х10⁹/л);будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Діагностика періодів і фаз пологів

Період	Фаза	Симптоми і ознаки
<i>Хибні пологи</i>		Шийка не розкрита; відсутність пологової діяльності
<i>Перший</i>	Латентна	Шийка розкрита менше, ніж на 3 см
	Активна	Шийка розкрита на 3-9 см Швидкість розкриття ш/матки не менше (або більше) – 1см/год. Початок опускання голівки плода
<i>Другий</i>	Рання	Повне розкриття шийки (10 см) Голівка плода у порожнині таза Нема позивів до потуг
	Пізня (потужна)	Повне розкриття шийки (10 см) Передлегла частина плода досягає дна таза Роділля починає тужитись
<i>Третій</i>		Починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням плаценти

Оцінка зрілості шийки матки за шкалою Бішопа

<u>Параметри</u>	<u>Бали</u>		
	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
<u>Положення шийки матки щодо провідної осі тазу</u>	<u>Зміщена до крижів</u>	<u>Між крижами і провідною віссю тазу</u>	<u>По вісі тазу</u>
<u>Довжина шийки матки (см)</u>	<u>і2</u>	<u>1 - 2</u>	<u>1J</u>
<u>Консистенція шийки матки</u>	<u>Щільна</u>	<u>Розм'якшена</u>	<u>м'яка</u>
<u>Відкриття зовнішнього вічка</u>	<u>Закритий</u>	<u>1</u>	<u>і 2</u>
<u>Місце знаходження передлеглої частини плода</u>	<u>Рухома над входом у малий таз</u>	<u>Притиснута до входу в малий таз</u>	<u>Притиснута або фіксована у вході у малий таз</u>

Примітка:

0 - 2 бали - "шийка не зріла"

3 - 5 балів - "шийка недостатньо зріла"

і-6 балів - "шийка зріла"

Категорії ризику застосування препарату під час вагітності:

Категорія А – контрольовані дослідження у вагітних не продемонстрували ризику для плода.

Категорія В – дослідження на тваринах не виявили ризику, але немає даних, отриманих в ході контрольованих досліджень у вагітних жінок.

Категорія С – для цих препаратів у дослідженнях на тваринах виявлений ризик для плода (тератогенний, ембріотоксичний чи інший ефект). Ліки слід призначати тільки в тому випадку, коли необхідність їх виправдовує потенційний ризик для плода.

Категорія D – є доведений ризик несприятливого впливу препарату на плід, однак очікуваний ефект дозволяє його застосовувати.

Категорія Х – дослідження на людині або тваринах продемонстрували несприятливий вплив на плід, який перевищує можливу користь. Препарати цієї категорії протипоказані при вагітності.

Сучасні методи діагностики стану плода

1. *Аускультация серцевої діяльності* (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину: 110-170 уд./хв. – нормальна частота серцевих скорочень (частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд./хв. та менше ніж 110 уд./хв. свідчить про дистрес плода).

2. *Кардіотокографія (КТГ)* - це реєстрація серцевих скорочень плода і скорочувальної діяльності матки.

Структура кардіотокограми наступна:

Базальна частота серцевих скорочень (БЧСС) плода - середнє значення ЧСС плода без урахування акцелерацій та децелерацій. БЧСС рахують з інтервалами 10 хвилин. Нормальна БЧСС - це частота від 110 до 170 уд./хв.

Акцелерації - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються збільшенням БЧСС протягом більше як 15 сек. (слабкі зміни ЧСС - 15-30 уд./хв., середні - 30-60 уд./хв., значні - понад 60 уд./хв.).

Децелерації - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються зменшенням БЧСС. Спонтанні децелерації - короткочасні децелерації, тривають не більше 30 секунд, амплітуда 20-30 уд./хв. від базального рівня.

Нестресовий тест - оцінюється реакція серцево-судинної діяльності плода у відповідь на його рух. У нормі кожний рух плода супроводжується прискоренням його серцебиття на 15 – 20 ударів (акцелерація).

3. *Біофізичний профіль плода (БПП)* (з 30 тижнів вагітності) – оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест, об'єм навколоплідних вод).

Показання до проведення БПП :ареактивний нестресовий тест у разі запису КТГ;синдром затримки розвитку плода;хронічна фетоплацентарна недостатність;високий та вкрай високий ступінь ризику у вагітної за наявності акушерської та екстрагенітальної патології за шкалою А.Coopland.

4. *Ультразвукове дослідження (УЗД):*

- скринінгове УЗД: I - від 11 тиж.+1 день до 13 тиж.+6 днів вагітності; II - 18-21 тиж.; III - визначається індивідуально, за необхідності в 32-37 тиж.;
- плацентографія - розміщення плаценти, товщина, структура, наявність патологічних змін.

5. *Доплерометрія* дозволяє вивчати кровотік і стан прохідності кровоносних судин. Доплерометрія швидкості кровотоку в артерії пуповини - відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці.

Також досліджують кровотік у маткових артеріях, аорті, внутрішній сонній артерії плода.

6. *Дослідження біохімічного профілю плода* – визначення рівня гормонів та білків вагітності, зокрема прогестерону, естріолу, плацентарного лактогену, L-фетопротейну (АФП).

Прогестеронова недостатність на ранніх термінах вагітності ускладнюється загрозою переривання вагітності, у подальшому впливає на розвиток плацентарної недостатності. Естріол - у нормі концентрація гормону збільшується з прогресуванням вагітності. Плацентарний лактоген - продукція гормону збільшується зі збільшенням терміну вагітності, що відображає збільшення маси плаценти. У нормі в ранні терміни 3 ммоль/л, наприкінці вагітності – 300 - 320 ммоль/л. Клінічне значення має різке зниження концентрації гормону - прогностична загроза для плода. АФП - глікопротеїн, синтезується в жовточному мішку та печінці плода і є специфічним для плода. Визначення даного білка важливе для діагностики вад плода (spina bifida, аномалії розвитку нирок, атрезія ШКТ).

7. *НІПТ (неінвазивний пренатальний тест)* - дозволяє визначити найбільш часті хромосомні захворювання з 10 тижнів вагітності. При виконанні дослідження аналізується вільна фетальна ДНК з материнської плазми. Якщо результат скринінгу вказує на високий ризик наявності хромосомної патології плода, то рекомендується інвазивна діагностика.

8. *Інвазивні методи дослідження* (амніоскопія, амніоцентез, кордоцентез, фетоскопія, біопсія хоріона і плаценти).

Амніоскопія - трансцервікальний огляд нижнього полюса плідного міхура. Показання: дистрес плода; переношування вагітності; внутрішньоутробний розвиток гемолітичної хвороби плода. Протипоказання: запальний процес у піхві та шийці матки; передлежання плаценти.

Амніоцентез - отримують навколоплідну рідину для дослідження (біохімічного, ендокринологічного, імунологічного, цитологічного, генетичного). Залежно від місця пункції розрізняють трансвагінальний і

трансабдомінальний (після 16 тижнів вагітності) амніоцентез. Вагітним з негативним Rh-фактором після маніпуляції вводять анти-Д імуноглобулін.

Показання: діагностика синдрому Дауна; мати є носієм гемофілії, яку вона може передати тільки синам (можна визначити стать дитини, але не факт успадкування гена гемофілії); обоє батьків страждають хворобою Тей-Сакса або серпоподібноклітинною анемією; визначення ступеня розвитку легень дитини, оскільки вони починають самостійно функціонувати останніми; один з батьків має хорею Гентінгтона. Можливі ускладнення: пошкодження органів матері або плода, плаценти, пуповини; передчасне вилиття навколоплідних вод; індукція пологової діяльності.

Біопсія хоріона. Трасвагінальна біопсія хоріона проводиться між 8 і 12 тижнями вагітності, а трансабдомінальна – між 9 та 11 тижнями. Показання: такі як до амніоцентезу та для виявлення більшості видів муковісцидозу, але не використовується для визначення ступеня зрілості легень плода.

Кордоцентез – пункція судин пуповини плода під контролем ультразвукового сканування. Показання: діагностика спадкових захворювань, захворювань крові; обмінні порушення; гемолітична хвороба плода.

Фетоскопія – ендоскопічний метод огляду плода в матці, дозволяє виявити структурні аномалії, не діагностовані при ехографії, а також здійснювати візуальний контроль при біопсії тканин плода. Оптимальний термін для проведення – 15-18 тижнів вагітності, оскільки в цей період плід має малі розміри, а навколоплідні води прозорі.

Алгоритм проведення зовнішнього акушерського дослідження за допомогою прийомів Леопольда-Левицького

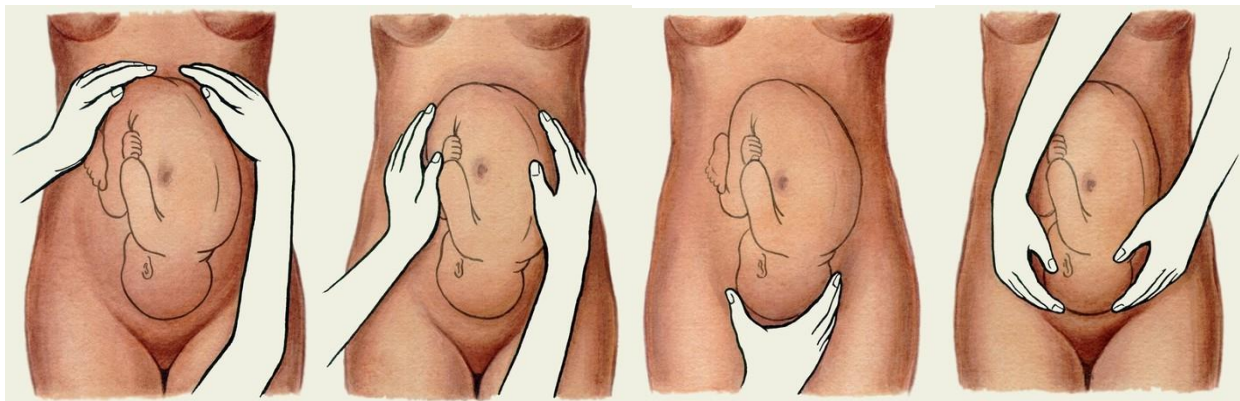
1. Пацієнтка має лягти на кушетку на спину, ноги випрямлені, оголити живіт. Лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї.

2. Долоні обох рук кладуть горизонтально в ділянці дна матки, щільно охоплюючи її (пальці при цьому зближенні). Обережно натискають на дно. Визначають: рівень стояння дна матки і частину плода, розташовану в дні (*перший прийом*).

3. Обидві руки розміщують на бокових поверхнях матки на рівні пупка. Почергово правою і лівою рукою проводять пальпацію частин плода та визначають з одного боку щільну, гладеньку, широку частину - спинку плода, з протилежного - дрібні частини (ручки, ніжки). Визначають: положення, позицію, вид, тонус матки, рухи плода (*другий прийом*).

4. Правою рукою охоплюють передлеглу частину плода (великий палець з одного боку і чотири - з протилежного боку нижнього сегмента матки): голівка пальпується у вигляді щільного кулеподібного утвору з чіткими контурами, легко переміщується ("балотує"), якщо ще не вставилася в малий таз; при тазовому передлежанні визначається об'ємна частина м'якуватої консистенції, не здатна до балотування; при поперечному і косому положенні плода передлегла частина не пальпується (*третій прийом*).

5. Лікар стає праворуч від вагітної обличчям до її ніг, долоні обох рук кладе на бокові поверхні нижнього сегменту матки і обережно кінчиками пальців намагається проникнути між передлеглою частиною і боковими відділами входу в малий таз. Якщо пальці рук підводяться під голівку, то вона знаходиться над входом у малий таз; якщо не вдається - голівка фіксована у вході в малий таз. Застосовується для визначення відношення передлеглої частини до площин малого таза (**четвертий прийом**).



Алгоритм вислуховування серцебиття плода

1. Пацієнтка має лягти на кушетку на спину, ноги випрямлені, оголити живіт.
 2. Серцеві тони вислуховують акушерським стетоскопом, починаючи з другої половини вагітності, у вигляді ритмічних, ясних ударів, і визначають частоту.
 3. Акушерський стетоскоп більш широкою воронкою прикладається до оголеного живота вагітної (під час проведення вислуховування серцебиття плода Ваші руки не повинні торкатися живота вагітної і стетоскопа).
 4. Щоб провести диференціацію з пульсацією аорти матері, необхідно, вислуховуючи серцебиття плода, одночасно підраховувати пульс матері.
 5. Перед початком вислуховування серцебиття плода необхідно визначити висоту стояння дна матки, положення, позицію, вид, передлежання плода (прийоми Леопольда-Левицького).
 6. При **головних передлежаннях** серцебиття плода найкраще прослуховується ***нижче пупка***: при **потиличному передлежанні** – поблизу голівки нижче пупка на тому боці, куди звернена спинка; при **задньому виді** – з боку живота по передній пахвовій лінії; при **лицьовому передлежанні** – нижче пупка з того боку, де знаходиться грудна клітка (при першій позиції – праворуч, при другій – ліворуч).
- При **тазовому передлежанні** – ***вище пупка***, поблизу голівки, на тому боці, куди звернена спинка плода.
- При **поперечному положенні** – ***біля пупка***, ближче до голівки.

Методи контрацепції в післяпологовому періоді

1. **Метод лактаційної аменореї** – базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції завдяки смоктанню дитиною грудей матері.

Метод рекомендується розпочати одразу після пологів та застосовувати до 6 місяців при дотриманні таких умов: відсутність менструації; жінка годує виключно грудьми; інтервал між годуванням не більше 4 год вдень та 6 год вночі. Якщо не виконується хоча б одна з вимог, жінка має вибрати інший метод контрацепції.

2. *Прогестагенові контрацептиви* (система з левоноргестрелом, ін'єкції, таблетки, імпланти) рекомендовано: жінкам, які годують груддю через 6 тижнів після пологів (в перші 6 тижнів несприятливо впливають на нормальний ріст дитини); жінкам, які не годують груддю, можна застосовувати негайно.

3. *Внутрішньоматкові контрацептиви*: постплацентарно або протягом 48 годин після пологів чи операції кесарів розтин, які відбулися без ускладнень або відкласти до 4-6 тижнів після пологів.

4. *Бар'єрні методи* - не впливають на якість та кількість грудного молока та здоров'я дитини. Презервативи застосовуються з часу відновлення сексуальної активності; сперміциди - в будь-який час після пологів, вирішують проблему вагінальної сухості; шийкові ковпачки та діафрагми - через 6 тижнів після пологів, коли відбудеться повна інволюція матки.

5. *Добровільна хірургічна стерилізація* - застосовується під час операції кесаревого розтину або впродовж перших 7 днів після пологів, або після 6 тижнів після пологів. У післяпологовому періоді проводиться за допомогою міні-лапаротомії або лапароскопії. Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів. Метод не впливає на якість і кількість грудного молока та здоров'я дитини, гормональне здоров'я матері. Цей метод є незворотнім.

Також існує добровільна хірургічна стерилізація чоловіків. Цей метод є дуже високоефективним і не впливає на статеву функцію чоловіків.

6. *Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)*: не рекомендовано для жінок, які годують; якщо жінка не годує груддю, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів.

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

1. Зібрати анамнез у вагітної жінки, оцінити скарги.
2. Діагностувати вагітність, визначити термін вагітності, термін пологів.
3. Провести зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження.
4. Виміряти розміри таза.
5. Визначити фактори ризику для матері і плода.
6. Скласти прогноз і план ведення пологів.
7. Оцінити характер пологової діяльності, її динаміку.
8. Оцінити внутрішньоутробний стан плода.
9. Оцінити стан новонародженого.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1: Першороділля 20 років, термін вагітності 40 тиж., знаходиться в пологах, що продовжуються 12 год. Відійшли світлі, прозорі навколоплідні води. Пологова діяльність: перейми по 45-50 сек., 4-5 за 10 хв. Загальний стан роділлі задовільний, АТ 120/80 мм рт. ст., ОЖ 100 см, ВДМ 34 см. Розміри таза 25-28-31-20 см. Положення плода поздовжнє, спинка повернута вперед та вліво, передлежить голівка, що на один палець вище симфізу. Серцебиття плода 140 уд./хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття зів повне. Плодовий міхур розірваний. Крижова западина заповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна для дослідження, але доступні нижні ості клубових кісток. Стрілоподібний шов голівки плода знаходиться у правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається зліва попереду та лежить нижче інших точок голівки.

Питання: 1. Який діагноз найбільш вірогідний?

2. У якому періоді пологів знаходиться роділля?

3. У який спосіб здійснюється аускультація серцевих тонівплода у цьому періоді пологів?

Відповіді: 1. Вагітність I, 40 тиж. Поздовжнє положення плода, перша позиція, передній вид потиличного передлежання. Пологи перші, своєчасні, другий період пологів.

2. Роділля знаходиться в другому періоді пологів, про щосвідчить повне розкриття шийки матки та розташування голівки в площині вузької частини малого таза.

3. Аускультацію серцевих тонів плода в ранній фазі другого періоду пологів потрібно здійснювати кожні 5 хв, а у пізній фазі - після кожної потуги.

Задача 2. Пацієтка О., 22 роки, 3 міс. тому народила хлопчика, груднюдитину годуєдвічі на добу. Звернулася до лікаря з питаннями щодо контрацепції у післяпологовому періоді.

Питання: 1. Можливі наслідки використання післяпологовому періоді КОК?

2. Які оральні контрацептиви можна використовувати під час грудного вигодовування?

3. Механізм дії протизаплідних таблеток прогестагенового ряду?

Відповіді: 1. Використання КОК у перші 6 міс. після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини. Якщо жінка не годує грудню, КОК можна використовувати через 3 тиж. після пологів. У перші 3 тиж. після пологів КОК дещо збільшують ризик тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

2. Під час грудного вигодовування можливе застосування чисто прогестеронових оральних контрацептивів (Лактинет (дезогестрел — 0,075 мг)).

3. Механізм дії: пригнічують овуляцію; згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів; впливають на товщину ендометрія, ускладнюючи імплантацію; зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2014) У пологовий будинок поступила першороділля 19 років з пологовою діяльністю. Перейми через 3-4 хв., по 20-25 сек. Голівка плода фіксована у вході в малий таз, серцебиття плода ясне, ритмічне, 135 уд./хв. При піхвовому дослідженні шийка матки згладжена, розкриття зовнішнього зіву на 2,5 см, плідний міхур цілий. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. I період пологів, активна фаза
- В. Первинна слабкість пологових сил
- С. Вторинна слабкість пологових сил
- Д. Фізіологічний прелімінарний період
- Е. I період пологів, латентна фаза

2. (2017) У повторнороділлі 30 років пологи тривають 8 годин. Перейми через кожну хвилину по 50 сек., активні. Серцебиття плода – 156 уд./хв., ритмічне. Під час зовнішнього дослідження голівка розташована в порожнині малого таза. Вагінально: розкриття шийки матки повне, голівка плода в площині виходу з малого таза. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Який це період пологів?

- А. Стрімкі пологи
- В. Латентна фаза першого періоду нормальних пологів
- С. Активна фаза першого періоду нормальних пологів
- Д. Другий період нормальних пологів
- Е. Прелімінарний період

3. (2018) Третя доба після I термінових нормальних пологів. Дитина на сумісному перебуванні, природньому вигодовуванні. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура 36,4°C, Ps 80 уд./хв., АТ 120/80 мм рт.ст. Молочні залози м'які, безболісні. Лактація помірна, відтік молока неутруднений. Матка щільна, дно матки на 3 п/п нижче пупка. Лохії кров'янисто-серозні, у помірній кількості. Оцініть динаміку зворотного розвитку матки:

- А. Патологічна інволюція
- В. Субінволюція
- С. Лохіометра
- Д. Фізіологічна інволюція
- Е. Гематометра

4. (2017) У породіллі 25 років відбулися пологи II, термінові, нормальні. 3-я доба післяпологового періоду. Температура тіла - 36,8 °C, пульс – 72 уд./хв., АТ 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагублі, соски чисті. Живіт м'який, безболісний, дно матки на 3 поперечні пальця нижче від пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який імовірний діагноз?

- А. Субінволюція матки
- В. Фізіологічний перебіг післяпологового періоду
- С. Післяпологовий метроендометрит
- Д. Залишки плацентарної тканини після пологів
- Е. Лактостаз

5. (2017) Пацієнтка 22 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на затримку менструації впродовж 1,5 місяців, нудоту, втомлюваність, сонливість, дратівливість. У ході огляду на її обличчі та сосках виявлена виражена пігментація. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Під час огляду в дзеркалах визначається ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки; у ході бімануального дослідження - збільшення матки, її гіперантефлексія, асиметрія. Який імовірний діагноз?

- A. Ектопічна вагітність
- B. Порушення менструального циклу
- C. Захворювання шлунково-кишкового тракту
- D. Маткова вагітність
- E. Пухлина матки

Вірні відповіді: 1 – E; 2 – D; 3 – D; 4 – B; 5 - D

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 інтерпретації 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 інтерпретації 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 інтерпретації 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 інтерпретації 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. 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.
4. 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. - K.: AUS Medicine Publishing, 2018. - 392 p.

Додаткова:

1. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
2. Ермоленко Т. А. "Лучше меньше, да лучше": новая философия применения витаминно-минеральных комплексов в период беременности и грудного вскармливания / Т. А. Ермоленко, Н. И. Турчин // Репродуктивна ендокринологія. - 2019. - № 3. - С. 68-72.
3. Наказ МОЗ України №1437 від 09.08.2022 року «Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність»»
4. Наказ МОЗ України №641/84 від 31.12.2003 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»

5. Наказ МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»

6. Chernievska S. G., Rozhkovska N. M., Marichereda V. G., Yermolenko T. O. Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з резус-сенсibilізацією на прегравідарному етапі. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2020. - №2. – С. 126–132.
<https://doi.org/10.11603/24116-4944.2019.2.10913>

7. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"

8. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

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/>

