

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

З А Т В Е Р Д Ж У Ю
Проректор з науково-педагогічної роботи
Ірина БУРЯЧКІВСЬКА
«29» серпня 2024 року



МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №14. Тема: «Фізіологія післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №14. Фізіологія післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри



д.мед.н., професор Ігор ГЛАДЧУК

Розробник:

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



Еліна ПАНЧУК

Практичне заняття №14

Тема: «Фізіологія післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості»

Мета навчити оцінювати перебіг раннього та пізнього післяпологового періоду. Знати заходи профілактики ускладнень у післяпологовий періоді.

Основні поняття: Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах. Клініка та ведення післяпологового періоду. Концепція грудного вигодовування. Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА). Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості. Догляд за новонародженим. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

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

Навчальний час: 4 год.

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

Післяпологовий період є фізіологічним процесом, він потребує від лікаря знання усіх його етапів і особливостей, а саме: процесів інволюції в органах та системах жінки після пологів, лактації, що дозволяє своєчасно виявити початкові ознаки захворювань та ускладнень, які можуть виникати у породіллі.

Перебіг періоду новонародженості визначає не тільки адаптацію дитини до нових умов існування, але і програмує показники здоров'я на все життя. Основою для розуміння проблем неонатального періоду є знання особливостей новонародженої дитини, транзиторних станів.

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

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

Вимоги до знань:

- Навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції

- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
- Клініка та ведення післяпологового періоду.
- Концепція грудного вигодовування.
- Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).
- Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.
- Догляд за новонародженим. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

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

Питання:

1. Клініка та ведення післяпологового періоду.
2. Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
3. Концепція грудного вигодовування.
4. Післяпологова контрацепція. Метод лактаційної аменореї.
5. Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.
6. Догляд за новонародженим.
7. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

Типова задача:

1. Через 1 годину після пологів при огляді породіллі встановлено: загальний стан задовільний, АТ 115/70 мм рт ст, ЧСС - 80 уд/хв, доброго наповнення і напруги; дно матки на 10 см вище лона, консистенція матки щільна, контури чіткі; виділення з пологових шляхів кров'яні, помірні. Загальна кровотрата - 300 мл.

Чи можна вважати перебіг раннього післяпологового періоду фізіологічним?

Відповідь: так

2. На 4-ту добу після пологів отримані такі дані обстеження породіллі: загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм рт ст, ЧСС - 96 за 1хв., температура 37,2°C. Молочні залози напружені, безболісні. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 15 см вище лона, консистенція матки м'яка. Лохії кров'яні, помірні. Аналіз крові: Нв -100 г/л, лейкоцити 10×10^9 /л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, СОЕ - 22

мм/год. Чи можна вважати перебіг четвертої доби післяпологового періоду у даної породіллі фізіологічним?

Відповідь: ні, адже розміри та консистенція матки свідчать про її субінволюцію. Потрібно оцінити стан та вміст порожнини матки шляхом УЗД.

3. У первістки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, довжиною 31 см. Шкіра новонародженої рожева. Кисті та стопи ціанотичні, крик гучний, дихання глибоке, рефлекси живі, рухи активні, серцебиття 130 уд/хвилину, ритмічне. Через 5 хвилин шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи. Голівка новонародженої доліцефалічної форми, витягнута зпереду дозад, на лівій тім'яній кістці визначається невелика рожева пухлина. Коли можна прикласти цю дитину до грудей?

Відповідь: дитина що народилась у задовільному стані, повинна бути прикладена до грудей впродовж 30 хвилин після народження.

Тестові завдання: ($\alpha = \text{II}$)

1. Яка найбільш вірогідна причина підвищення температури тіла до $37,3^{\circ}\text{C}$ у породіллі в першу добу після пологів?

- A. Ендометрит.
- B. Реакція на пологовий стрес.
- C. Гостра респіраторна вірусна інфекція.
- D. Загострення хронічного пієлонефриту.
- E. Кольпіт.

2. Що можна порекомендувати породіллі на 3-тю добу післяпологового періоду при нагруданні молочних залоз?

- A. Зціджування молочних залоз.
- B. Скасування грудного годування.
- C. Зігріваючий компрес на молочні залози.
- D. Скасувати користування бюстгальтером.
- E. Продовжити годування груддю за потребою*

3. Що необхідно проводити лікарю для визначення динаміки інволюції матки після пологів?

- A. Проводити ультразвукове дослідження органів малого тазу.
- B. Проводити рентгенологічне дослідження.
- C. Щоденно визначати висоту дна матки над лоном.
- D. Визначати висоту контракційного кільця над лоном.
- E. Визначати обвід живота.

Вірні відповіді: 1В, 2Е, 3С

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 вищої освіти ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

Перша бригада – скласти план ведення післяпологового періоду у породіллі;

Друга бригада – навчання породіллі правильному годуванню новонародженого та прикладання до грудей;

Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи.

Ситуаційна задача:

У жінки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку 3200 г, довжиною 51 см. Шкіра новонародженої рожева, кисті і стопи синюшні, крик гучний, адекватне дихання, рефлексивні живі, рухи активні. Серцебиття 130 уд./хв., ритмічне. Через 5 хв. шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи.

■ Коли можна прикладати новонароджену дитину до грудей?

На протязі 30 хвилин після народження.

■ Скільки часу родялля з новонародженим має знаходитись в пологовій залі?

На протязі 2 годин.

■ Яке обстеження проводять породіллі під час знаходження в половій залі?

Контроль пульса, артеріального тиску, висоти стояння дна матки у відношенні до симфізу та пупку (кожні 15 хвилин протягом перших двох годин), консистенції та розмірів матки, кількості кров'янистих виділень з полових шляхів.

■ Яка крововтрата у послідовому та ранньому післяпологовому періодах є фізіологічною?

Загальна крововтрата у послідовому та ранньому післяпологовому періодах в середньому дорівнює 250-300 мл, але не більше 0,5% від маси тіла жінки (не

більше 500 мл).

■ Яке обстеження породіллі проводять в післяпологовій палаті?

Вимірювання температури тіла 2 рази на добу, визначення характеру та частоти пульсу, вимірювання артеріального тиску, стан молочних залоз, визначення висоти стояння дна матки, її консистенції, кількість лохий.

■ Які основні принципи грудного вигодовування?

Найбільш фізіологічним способом годування новонароджених є грудне вигодовування; грудне вигодовування поліпшує перебіг адаптивного періоду, сприяє становленню місцевого і загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування у новонародженого; годування новонародженого за вимогою.

■ Які основні переваги сумісного перебування матері та дитини?

Годування дитини на вимогу, профілактика гіпотермії дитини, профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

Нетипові задачі:

1. У повторнородящої 33 років народилася жива доношена дівчинка вагою 3600, довжина 52см, оцінена по Апгар 8-8б. На другу добу неонатального періоду з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів.

Яка найбільш вірогідна причина цього стану?

2. У жінки, яка народила вдруге, на 3-ю добу післяродового періоду протягом дня були відсутні виділення із статевих шляхів. Яка найбільш вірогідна причина цього стану? Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби післяпологового періоду.

3. Породілля просить рекомендувати їй оптимальний режим грудного вигодовування.

Що Ви їй рекомендуєте?

4. На першу добу після пологів у породіллі розвинулася затримка сечі. Через 8 годин після катетеризації сечового міхура з'явилися скарги на часте, болісне сечовипускання, різі в кінці сечовипускання, імперативні позиви, біль в надлобковій області. Температура тіла субфебрильна. Пологи проведені per vias naturalis під епідуральною анестезією. Найбільш вірогідна причина ускладнення, що виникло? Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби

післяпологового періоду.

5. На першу добу після народження мати звернула увагу на темно-зелений колір випорожнень новонародженого.

Чим це обумовлено?

6. У породіллі на другу добу післяпологового періоду виділення із статевих шляхів мають кров'яний характер, при мікроскопії майже суцільно полягають з еритроцитів.

Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби післяпологового періоду.

Відповіді:

Задача 1. Статевий криз.

Задача 2. Лохіометра (затримка в порожнині матки лохій). Тактика – бімануальне піхове дослідження, УЗД, призначення спазмолітиків, утеротоніків, за показаннями – антибактеріальна терапія, вишкрябання порожнини матки.

Задача 3. Основний режим вигодовування новонароджених - годування на вимогу малюка.

Задача 4. Рефлекторна, гостра затримка сечі після епідуральної анестезії. Цистит. Тактика ведення – призначення відповідної дієти, уроантисептиків, антибіотиків.

Задача 5. Перший кал новонародженої дитини – меконій – складається зі злущених епітеліальних клітин кишечника, слизу та жовчних пігментів, тому має густу консистенцію і темно-зелений колір.

Задача 6. Спостереження.

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

Протоколи, стандарти, нормативні матеріали:

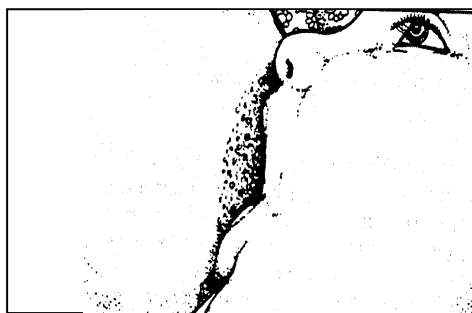
АЛГОРИТМ ведення фізіологічних пологів

Дивись наказ МОЗ України № 624 від 3.11.2008 р.

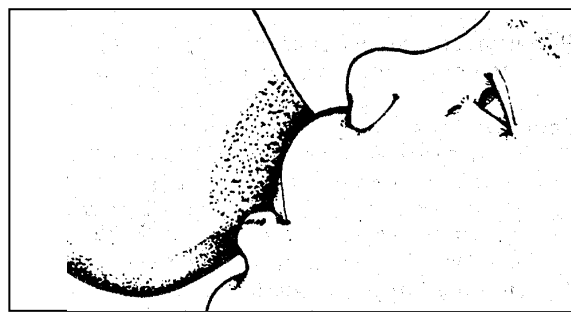
АЛГОРИТМ медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною
Дивись наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005 р.

Алгоритм правильного прикладання дитини до грудей
(наказ № 152 від 04.04. 2005 МОЗ України)

- 1) Мати повинна сісти чи лягти у зручному положенні і розслабитись. Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лягти поклавши дитину поряд. Якщо їй зручно, вона може покласти дитину на подушку.
- 2) Сядьте поряд з матір'ю на одному рівні так щоб вам було зручно. Покажіть їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.
- 3) Голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а її живіт – навпроти живота матері.
- 4) Якщо необхідно, підтримайте дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Її голова має бути злегка відкинута назад.
- 5) Матері слід підняти груди рукою і дати дитині всю молочну залозу, а не тільки сосок. Не потрібно защемляти пальцями сосок чи ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині в рот.
- 6) Мати може доторкнутись соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення.
- 7) Зачекайте поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати. Швидко прикладіть дитину до грудей.
- 8) Прикладіть дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини буде прилягати до грудей. В такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.



Мал. 6.1.



Мал. 6.2.

Мал.1. Дитина правильно прикладена
неправильно

до грудей матері

Мал. 2 Дитина

прикладена до грудей матері

Основні способи положення дитини біля грудей

I. Як допомогти матері, яка сидить:



Мал. 3



Мал. 4

- переконайтесь, щоб мати сиділа у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, їй допомогти можна за допомогою подушки.
- Якщо дитина лежить у матері на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб їй не треба було нахилятись вниз, щоб прикласти дитину до грудей.

Інші позиції дитини біля грудей в положенні “сидячи”.

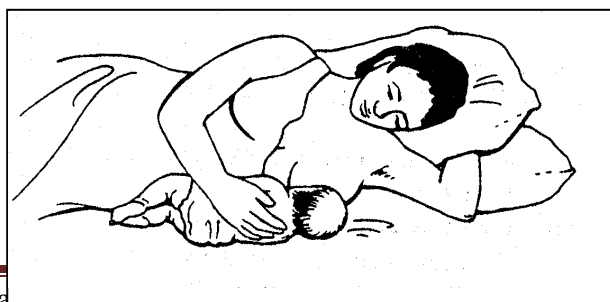
Положення “з-під руки” - голова дитини знаходиться на китиці руки матері, але. Це положення може бути корисним для:

- годування близнюків;
- якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду;
- для лікування лактостазу;
- якщо для матері така позиція є просто зручною

Положення, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, китицею руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Такий спосіб рекомендується у наступних випадках:

- дитина з малою вагою при народженні;
- дитина ослаблена або з вродженими вадами;
- мати віддає перевагу цьому положенню

II. Як допомогти матері, яка “лежить”



Мати годує дитину лежачи.

Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (в якій вона може спати), при цьому голова має лежати у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою.

Досить частою причиною того, чому дитину важко прикласти до грудей в положенні лежачи є те, що дитина знаходиться занадто високо і її голівці приходится нахилитися вперед, щоб дотягнутися до соска.

Годування в положенні “лежачи” корисно у таких випадках:

- після акушерських втручань, які ускладнюють здійснення годування в положенні сидючи (кесарів розтин, епізіо-, перінеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати не встаючи з ліжка

ІІІ. Інші положення

- мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати);
- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).

- висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструальної кровотечі (аменорея),
- годування грудьми повинно початися одразу після пологів,
- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним, не менше 8-10 разів на добу,
- інтервал між годуванням вночі не повинен перевищувати 6 годин.

Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.

Неонатальний період:

- ранній неонатальний (від народження до 7 доби);
- пізній неонатальний (від 7 до 28 діб життя).

Ознаки зрілості новонародженого:

- зріст більше 47 см,
- маса більше 2500 г,
- обвід голови у доношених дітей 33-36 см, може перевищувати обвід грудної клітини на 1-2 см,
- переднє тім'ячко відкрите, його розміри у нормі не перевищують 2,5-3 см,
- заднє - мале тім'ячко - діаметром не більше 0,5 см,

- пупкове кільце розташоване на середині між лоном та мечоподібним відростком,
- шкіра рожева, здорова, розвинута,
- сироподібна змазка знаходиться тільки в пахових та пахвинних складках шкіри,
- нігті прикривають кінці фалангів пальців,
- довжина волосся на голівці досягає 2 см,
- хрящі вух і носа тугі,
- у хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Догляд за новонародженим:

Спільне перебування матері та дитини.

Етапи:

- 1) контакт “шкіра-до-шкіри” в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

Переваги сумісного перебування матері та дитини:

- годування дитини на вимогу,
- профілактика гіпотермії дитини,
- профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- 1) відкрита форма туберкульозу;
- 2) гострі психічні захворювання матері.

Догляд за пуповинним залишком, пупковою ранкою.

- фізіологічний термін відпадання пуповинного залишку від 5 до 15 діб,
- не обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини “шкіра-до-шкіри” з подальшим спільним перебуванням,
- за умови відсутності раннього контакту “шкіра до шкіри” матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного

- залишку та пуповинної ранки розчином брилиантової зелені,
- при забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою,
 - необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим.

Догляд за шкірою:

- підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось раковини, дівчаток спереду в напрямку до сідниць,
- не доцільно без медичних показів використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі, тощо,
- одяг новонародженого повинен бути чистим і сухим,
- перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах.

Виписка новонародженого з пологового стаціонару

1) пуповинний залишок або ранка повинні бути сухими та чистими, без ознак запалення,

2) дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5°C-37,5°C,

3) дитина має добрий смоктальний рефлекс,

4) проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, обстеження на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз,

5) дитина має задовільний стан,

6) мати проінформована про загрозові стани дитини, при яких негайно треба звертатися за медичною допомогою:

- дитина погано смокче груди,
- судоми,
- порушення дихання (часте або утруднене),
- гіпо- або гіпертермія,
- пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися,
- гіпотонія або підвищена збудливість дитини,
- блювота або діарея.

7) в день виписки проведено зважування дитини та огляд педіатра-неонатолога, поінформовано лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини про виписку з пологового стаціонару.

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

- оцінити інволютивні зміни матки відповідно до терміну фізіологічного післяпологового періоду;
- оцінити характер та кількість лохій; на підставі клінічних даних оцінити

- перебіг післяпологового періоду;
- проводити консультування щодо методу лактаційної аменореї.
- **Контроль практичних навичок**
- В навчальній кімнаті:
 - на фантомі визначити рівень розміщення дна матки відносно лонного зчленування та консистенцію матки;
 - на фантомі визначити стан молочних залоз;
 - на фантомі продемонструвати правильне прикладання новонародженого до грудей;
 - на фантомі продемонструвати основні клініко-функціональні параметри здорових доношених новонароджених.
-
- **Контроль професійних вмінь**
- У пологовому відділенні:
 - визначити рівень розміщення дна матки відносно лонного зчленування та консистенцію матки у породіллі;
 - оцінити характер та кількість лохій у породіллі;
 - зробити висновок про відповідність стану матки і лохій фізіологічній нормі післяпологового періоду;
 - визначити стан молочних залоз та характер лактації у породіллі;
 - навчити породіллю правильно годувати новонародженого;
 - на підставі обстеження породіллі з урахуванням даних лабораторних методів дослідження, оцінити перебіг післяпологового періоду;
 - визначити клініко-функціональні параметри здорового доношеного новонародженого.

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

Нетипова задача

Задача 1.

Породілля А., друга доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,8⁰С, пульс ритмічний. Внутрішні органи без патологічних змін. Молочні залози дещо збільшились, гіперемії немає, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка щільна, безболісна, контури чіткі, дно розташоване на 14 см вище лона. Лохії кров'яністі у невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення не було.

Питання:

1. Діагноз.
2. Зміни маси матки в післяпологовому періоді.
3. Зміни характеру секрету молочних залоз в післяпологовому періоді.

4. Склад молозива.
5. Зміни у функціональному стані кишківника в післяпологовому періоді. Чи відповідає нормі стан кишківника у цієї породіллі?
6. Швидкість інволюції матки в післяпологовому періоді. Чи відповідає висота розташування дна матки у цієї породіллі другій добі післяпологового періоду?
7. Вкажіть необхідні відповідно добі післяпологового періоду лікарські призначення.

Задача 2.

Породілля С., 5-та доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,6⁰С, пульс ритмічний, 72 удару в 1 хвилину. З боку внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Молочні залози збільшені у розмірах, з підвищеною щільністю, не гіперемовані, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка скоротилась, безболісна, дно знаходиться на 8 см вище лона. Лохії кров'янисто-серозні, в невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення 1 раз на добу.

Питання:

1. Діагноз.
2. Зміни характеру лохій у післяпологовому періоді.
3. Склад жіночого молока.
4. Причини, які викликають порушення сечовиділення в післяпологовому періоді.
5. Чи відповідає склад лохій та висота розташування дна матки у цієї породіллі 5-й добі післяпологового періоду?
6. Динаміка інволюції шийки матки в післяпологовому періоді.

Задача 3.

Породілля М., 10-а доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, скарг не має. Температура тіла 36,7⁰С, пульс ритмічний, 72 удару в 1 хвилину. З боку внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Молочні залози м'які, безболісні при огляді, ділянка ареоли не змінена. Матка скоротилась, дно над лоном не визначається. Лохії серозно-слизові, незначні. Випорожнення та сечовиділення вільні.

Питання:

1. Діагноз
2. Зміна маси тіла породіллі при фізіологічному перебігу післяпологового періоду.
3. Зміни висоти дна матки у післяпологовому періоді
4. Зміни серцево-судинної системи в післяпологовому періоді.

Задача 4.

У первістки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, довжиною 31 см. Шкіра новонародженої рожева. Кисті та стопи ціанотичні, крик гучний, дихання глибоке, рефлекси живі, рухи активні, серцебиття 130 уд/хвилину, ритмічне. Через 5 хвилин шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи. Голівка новонародженої доліцефалічної форми, витягнута зпереду дозаду, на лівій тім'яній кістці визначається невелика рожева пухлина.

Питання:

1. Сумісно з неонатологом оцініть новонароджену за шкалою Апгара.
2. Коли можна прикласти цю дитину до грудей?
3. Визначте, в якому передлежанні та позиції народжувався плід
4. Вкажіть послідовність заходів з первинної обробки новонародженого.

Задача 5.

В пологовому відділенні за рік народилось 3500 новонароджених (2000 хлопчиків та 1500 дівчаток). З них народилось живими 3430 новонароджених, мертвими – 20. померло в ранньому післяпологовому періоді (перші 7 діб) 50 новонароджених.

Питання:

1. Визначте перинатальну смертність в пологовому відділенні.
2. Визначте мертвонародженість у відділенні.
3. Визначте ранню неонатальну смертність у відділенні.

Відповіді:

Задача 1.

1. Післяпологовий період, друга доба.
2. Зміни маси матки в післяпологовому періоді: зразу після пологів маса матки дорівнює 1000 г, к кінцю першого тижня – 500 г, другого – 350 г, третього – 200 г, к кінцю післяпологового періоду (на 6-8 – ому тижні) 50-70 г.
3. В перші 3-4 доби після пологів у породіллі секретується молозиво, до 15-17 доби – перехідне молоко, далі – секрет – істинне молоко зі стабільним составом.
4. В першу добу після пологів у породіллі секретується молозиво – густа, жовтувата, лужної реакції рідина з високим вмістом білків (2,25%), молочних кульок (жирові краплини), молозивних тілець (лейкоцити у стадії жирового переродження).
5. У післяпологовому періоді у породіллі спостерігається затримка

випорожнень, що викликана атонією кишківника, яка виникає в результаті розслаблення м'язів передньої стінки черева, обмеження рухової активності. Відновлюється функція кишківника на 3 добу після пологів. У породіллі А., відсутність випорожнень на 2-гу добу після пологів відповідає нормі:

6. Зразу після пологів дно матки розташоване на 16-18 см вище симфізу. Через 10-12 годин дно матки встановлюється на рівні пупа і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі А. відповідає другій добі післяпологового періоду.

7. На другій добі післяпологового періоді породіллі потребує наступних призначень:

- Режим – вільний
- Гігієна зовнішніх статевих органів
- Догляд за молочними залозами
- Бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів.

Задача 2.

1. 5-та доба післяпологового періоду, перебіг – нормальний.

2. В перші 3 доби лохії являють собою раньовий секрет, який складається майже з чистої крові, мають кров'янистий характер (червоні лохії); на 4-6-у добу вони стають кров'янисто-серозними (жовтувато-рожеві лохії); на 7-9-у добу серозно-слизовими (жовті лохії); з 10-12-ї доби – серозно-слизовими (білі лохії). К кінцю третього тижня лохії припиняються.

3 Шийка матки зразу ж після народження посліду має вид в'ялого тонкостінного мішка, канал шийки матки вільно пропускає кисть. В подальшому шийка формується з середини назовні: спочатку закривається перешийок, потім – отвір матки. Перешийок на третю добу прохідний для одного пальця, к 7-10 добі він закривається. Отвір матки закривається к кінцю третього тижня післяпологового періоду.

4. Молоко – непрозора біла емульсія, що містить в 1 мм³ біля 5 млн. молочних жирових кульок. Склад молока, %: вода – 88, молочний цукор – 7, жир – 3,3, білки – 1,5; солі та інші – 0,2; відносна кількість – 1026 – 1036.

5. Порушення сечовипускання у породіллі (затримка, утруднення) пов'язані з особливостями перебігу пологів.

Причини:

- Тривале здавлювання сечового міхура голівкою плода, що викликає розлади кровообігу (набряк) та іннервації (парез) сечового міхура;
- Садна та тріщини пологового каналу, що викликають сильний біль при попаданні на них сечі.
- Невміння здійснювати сечовиділення лежачі.

Задача 3.

1. Десята доба післяпологового періоду.
2. Після народжування у жінки знижується маса тіла за рахунок елементів плідного яйця (приблизно), г: 3000 – маса плода, 500 – маса посліду, 500 – маса навколоплідних вод, 300 – крововтрата. Таким чином втрата маси тіла складає 4300 – 4500 г. Перебігом перших трьох тижнів зменшується маса матки – з 1000 до 50 г. В подальшому маса тіла жінки стає стабільною.
3. Зразу після пологів дно матки розташоване на 16-18 см вище симфізу. Через 10-12 годин дно матки встановлюється на рівні пупа і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі А. відповідає другій добі післяпологового періоду.
4. Після пологів зникає плацентарний круг кровообігу, значно зменшується судинна сіть матки (за рахунок скорочення та інволюції матки), обсяг крові, що циркулює (крововтрата в першому періоді пологів). При цьому значно зменшується навантаження на серце. Артеріальний тиск встановлюється на нормальних величинах, пульс в післяпологовому періоді ритмічний, доброго наповнення, частота 70-80 в 1 хвилину.

Задача 4.

1. Стан новонародженої за шкалою Апгар: на першій хвилині $2+1+2+2+1=8$, через 5 хвилин 10 балів.
2. Дитина що народилась у задовільному стані, повинна бути прикладена до грудей впродовж 30 хвилин після народження.
3. Дитина народилась в потиличному передлежанні, першій позиції.

Задача 5.

1. Показник неонатальної смертності (x , ‰) обчислюється за наступною формулою:

$$x = \frac{\text{число} \cdot \text{мертвонароджених} + \text{число} \cdot \text{дітей, що} \cdot \text{померли} \cdot \text{в} \cdot \text{перший} \cdot \text{тиждень} \cdot \text{життя}}{\text{число} \cdot \text{дітей, що} \cdot \text{народились} \cdot \text{за} \cdot \text{рік}}$$

В пологовому відділенні перинатальна смертність склала:

$$\frac{20 + 50 = 70 \times 1000}{3500} = \frac{70000}{3500} = 20,00 \text{ ‰}$$

2. Показник мертвонароджуваності (x , ‰) обчислюється за формулою:

$$x = \frac{\text{число мертвонароджених дітей}}{\text{число дітей, що народились за рік}} \times 1000$$

В пологовому відділенні мертвонароджуваність склала:

$$\frac{20 \times 1000}{3500} = 5,71 \text{ ‰}$$

3. Показник ранньої неонатальної смертності (x , ‰) обчислюється за формулою:

$$x = \frac{\text{число} \cdot \text{дітей, що} \cdot \text{померли} \cdot \text{в} \cdot \text{перший} \cdot \text{тиждень} \cdot \text{життя}}{\text{число} \cdot \text{дітей, що} \cdot \text{народились} \cdot \text{за} \cdot \text{рік}} \times 1000$$

В пологовому відділенні рання неонатальна смертність склала:

$$\frac{50 \times 1000}{3500} = 14,29 ‰$$

Тестові завдання для самоконтролю

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

- A. В перші 30 хвилин**
- B. В перші 6 годин
- C. В перші 24 години
- D. В перші 48 годин
- E. Після 48 годин

2. Породілля, перша доба після пологів. Загальний стан задовільний, t° -36,6°C, Ps-80/хв. З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози трохи збільшені, гіперемії немає, при натисненні із соска виділяється густа, жовта рідина. Який характер секрету молочних залоз?

- A. Молозиво**
- B. Молоко
- C. Гній
- D. Сукровиця
- E. Серозний

3. У породілі 24 років, на 5 добу раптово підвищилась температура тіла до 38,70°C. Скаржиться на слабкість, головний біль, біль по низу живота, роздратованість. Об'єктивно: АТ-120/70 мм рт. ст., PS-92 уд/хв, T-38,70°C. Півхвиною: матка збільшена як на 12 тиж. вагітності, щільна, дещо болюча при пальпації, цервікальний канал пропускає 2 п/п, виділення помірні, мутні, з неприємним запахом. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз із зсувом вліво, лімфопенія, ШОЕ-30 мм/год. З якою патологією слід проводити диференційну діагностику в першу чергу?

А. Лохіометра.

- В. Параметрит.
- С. Пельвіоперитоніт.
- Д. Метрофлебін.
- Е. Гематометра.

4.Породілля 22 років. Вагітність та пологи нормальні. Народила дівчинку вагою 3300,0, оцінка по шкалі Апгар 8 балів. Коли можна вперше прикласти дитину до грудей?

А. Після проведення першого туалету новонародженої

- В. Через 1 годину
- С. Через 2 години
- Д. На слідуючу добу
- Е. Через 2 доби

5.У породіллі 25-ти років відбулися пологи ІІ, термінові, нормальні. 3-я доба післяпологового періоду. Температура тіла - 36,8°C, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагублі, ареоли чисті. Живіт м'який, безболісний, дно матки на 3 поперечні пальця нижче від пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який імовірний діагноз?

А. Фізіологічний перебіг післяпологового періоду

- В. Субінволюція матки
- С. Післяпологовий метроендометрит
- Д. Залишки плацентарної тканини після пологів
- Е. Лактостаз

6.У породіллі 24-х років післяпологовий період, 4-а доба. Пологи відбулися перші, своєчасні, без ускладнень. Загальний стан породіллі задовільний. Температура тіла 36, 6° С. Рс- 78/хв, ритмічний. Молочні залози в стані нагубання. Дно матки на 2 см нижче пупка. Матка в нормотонусі, безболісна. Лохії кров'яністі, помірні. Випорожнення, сечовиділення в нормі. Яке лікування доцільно призначити?

А. Утеротонічні препарати

- В. Аналгетики

С. Антибіотики

Д. Естрогенні гормони

Е. Препарати, які припиняють лактацію

7. Первістка 22 р. народила живу доношену дитину. Перший і другий період пологів перебігав нормально. Стан породіллі задовільний, АТ 120/80 мм.рт.ст.. Пульс 78 уд./хв. Кровотечі немає. Сечовиділення самостійне, одразу після народження дитини. Яка тактика лікаря щодо ведення 3-го періода пологів.

А Активне ведення 3 періоду пологів

В Зовнішній масаж матки.

С Легке потягування за пуповину.

Д Виділення посліду за Абуладзе.

Е Приступити до ручного відділення плаценти.

Породілля 30 років, пологи ІІ, термінові, нормальні. 5 доба післяпологового періоду. Температура тіла 36,7С, Рс - 74/хв, АТ- 120/70 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрудли, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 4 п/п нижче пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який можна встановити діагноз?

А. Фізіологічний перебіг післяпологового періоду

В. Субінволюція матки

С. Післяпологовий метроендометрит

Д. Залишки плацентарної тканини після пологів

Е. Лактостаз

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 вищої освіти 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 вищої освіти 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 вищої освіти 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 вищої освіти 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 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., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.
4. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — X, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.
2. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 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. Профілактика невиношування вагітності шляхом застосування фолатів у комплексній терапії / В.П. Міщенко, І.В. Руденко // Світ медицини та біології. - 2020. - №1(66).- С.70-73. (Web of Science Core Collection)
5. Патогенетичне обґрунтування корекції вмісту заліза у крові жінок на етапі передконцепційної підготовки до вагітності / Руденко І.В., Міщенко В.П., Головатюк-Юзефпольська І.Л., Лавриненко Г.Л. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. - 2020. - Вип. 2(46). - С. 117-124.
6. Клінічна оцінка ефективності комплексного підходу до профілактики внутрішньо-маткової інфекції при передчасному розриві плодових оболонок та недоношеній вагітності / С. П. Посохова, К. О. Ніточко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2019. – Т.9, №1(31). - С.51 – 55.
7. Перинатальні наслідки передчасного розриву навколоплодових оболонок у терміні 22-34 тижні вагітності / Посохова С. П., Ніточко К. О., Кучеренко О. // Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Чернівці: Медуніверситет. – 2019. - С. 115 – 117.
8. Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці прееклампсії у вагітних / Марічерда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
9. 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.

10. Рациональне розродження жінок із міомою матки при тазовому передлежанні плода – зниження показників материнської захворюваності / Крупник О.М. // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т IX, №1(31), 2019. - С. 42-46.
11. Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з резус-сенсibiliзацією на прегравідарному етапі / Chernievskaia, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.
12. Features of myometrium remodeling after surgical interventions on the uterus / Zhelezov D.M., Kossey T.V. // Journal of Education, Health and Sport. 2020;10(2). - С. 204-211.

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я

