

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №15. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

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



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

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №15. Тема: «Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність»

Методичні рекомендації до практичного заняття. ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Дисципліна «Акушерство та гінекологія».

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №15. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність

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 №15

Тема: «Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з поняттям «аномалії розвитку плідного яйця, «багатоплідна вагітність», сформулювати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до аномалії розвитку плідного яйця, багатоплідної вагітності; викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття: Аномалії позазародкових елементів плідного яйця/плаценти, плідних оболонок і пупкового канатика. Багатоводдя і маловоддя: причини, діагностика тактика ведення вагітності, наслідки для плода і новонародженого. Спадкові та вроджені захворювання плода. Діагностика. Показання до медико-генетичного консультування.

Багатоплідна вагітність: класифікація, діагностика, особливості перебігу та ведення багатоплідної вагітності. Пологи при багатоплідній вагітності.

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).

В останні роки серед причин неонатальної і дитячої смертності перше місце посідає уроджена патологія плода. В кожній 5-го дитини реєструється патологія, що виникла антенатально, та в 30% випадків призводить до розвитку різних захворювань чи є фоном для їх виникнення.

Рання діагностика уродженої патології плода, сприяє народженню здорової дитини.

Знання сучасних методів діагностики антенатального стану плода, під час неускладненої вагітності сприяє виявленню патології плода на ранніх етапах перебігу вагітності.

Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів. Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів призводять в кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

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:

- Мати 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 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:

- Аномалії позазародкових елементів плідного яйця/плаценти, плідних оболонок і пупкового канатика.
- Багатоводдя і маловоддя: причини, діагностика тактика ведення вагітності, наслідки для плода і новонародженого.
- Спадкові та вроджені захворювання плода.
- Діагностика. Показання до медико-генетичного консультування.
- Багатоплідна вагітність: класифікація, діагностика, особливості перебігу та ведення багатоплідної вагітності.
- Пологи при багатоплідній вагітності.

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

Питання:

1. Дайте визначення поняття «аномалії плідного яйця».
2. Методи діагностики при аномаліях плідного яйця.
3. Дайте визначення поняттям «багатоводдя» та «маловоддя».
4. Яка частота багатоводдя?
5. Яка клініка та діагностика багатоводдя та маловоддя?
6. Ведення вагітності та пологів при багатоводді.
7. Причини та частота багатоплідної вагітності.
8. Класифікація багатоплідної вагітності.
9. Назвіть ускладнення багатоплідної вагітності.

10.Методи діагностики багатоплідної вагітності.

11.Опишіть можливі варіанти положення плодів в матці та ускладнення.

12.Назвіть особливості перебігу пологів при багатоплідній вагітності та показання до кесаревого розтину.

Типові тестові завдання:

1. Жінка, що багато народжувала, надійшла в стаціонар з діагнозом: багатоплідна вагітність. Можливі ускладнення вагітності і пологів:

- + А. Передчасні пологи.
- В. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- С. Потиличне передлежання плоду, задній вид.
- Д. Гострий дистрес плоду.
- Е. Багатоводдя.

2. У 31-літньої породіллі в ранньому післяпологовому періоді почалася маткова кровотеча. Жінка народила двійню через природні пологові шляхи. Визначте найбільш ймовірну причину кровотечі:

- А. Розрив шийки матки.
- + В. Атонія матки.
- С. Розрив матки.
- Д. Затримка частки плаценти і плодових оболонок у порожнині матки.
- Е. Тромбоцитопенія.

3. У першовагітній у терміну 15-16 тижнів рівень α -фетопротейна в сироватці крові значно перевищує норму. Вагітність наступила на тлі стимуляції овуляції клостилбегітом. При ультразвуковому дослідженні виявлено двійню. Як варто трактувати підвищений рівень α -фетопротейна в даному випадку?

- +А. Симптом багатоплідності.
- В. Дефект невральної трубки.
- С. Недооцінка гестаційного терміну.
- Д. Некроз печінки плодів.
- Е. Порушення остеогенеза плодів.

4. У відділення патології вагітності надійшла першовагітна 22 років зі скаргами на ниючі болі внизу живота. Має сестру-близнюка. Термін вагітності 33 тижня. Обвід живота 107 см. Висота стояння дна матки 37 см. Тонус матки підвищений. Серцебиття вислуховується праворуч нижче пупка, 136 уд/хв і ліворуч на рівні пупка, 138 уд/хв. Найбільш ймовірна причина ускладнення вагітності?

- А. Тазове передлежання плоду.
- В. Гестоз.
- С. Багатоводдя.

- +D. Багатоплідна вагітність.
- E. Великий плід.

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Нетипові тестові завдання

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

- A. Макросомія.
- B. Природжені вади розвитку плоду.
- +C. Двійня.
- D. Затримка внутрішньоутробного росту плоду.
- E. Маловоддя.

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

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

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

Критичні періоди ембріогенезу	Види порушення розвитку ембріона і плода
преембріональний (розвиток і дозрівання статевих клітин)	<i>гаметопатії</i> (ушкодження статевих клітин та гамет до запліднення)
запліднення	<i>бластоцистопатії</i> (від запліднення до імплантації 2-тижневого ембріона)
передімплантаційний та імплантації	
органогенезу та плацентації	<i>ембріопатії</i> (від 3 до 10—12 тижнів гестаційного віку)
плодовий (фетальний)	<i>фетопатії</i> (від 10—12 тижнів до кінця вагітності).

	1 триместр	2 триместр
1. Термін обстеження	10 – 13 тижнів	15 – 20 тижнів
2. Маркери материнської сироватки	PAPP-A, β-бета-ХГ	АФП, ХГ (double-test), або АФП, ХГ + вільний естріол (triple-test)
3. Розрахунок індивідуального генетичного ризику	Спеціалізована комп'ютерна програма	Спеціалізована комп'ютерна програма
4. Параметри для розрахунку індивідуального ризику	Вік жінки, вага, анамнез, рівень PAPP-A та β-ХГ та ультразвукові маркери – комірцевий простір і кістка носа	Вік жінки, вага, анамнез, рівень біохімічних маркерів II триместру

Методи пренатальної діагностики

Амніоцентез – одержання трансабдомінальним шляхом навколоплідних вод, що містять фібробласти плода (проводять у терміні вагітності 15–17 тиж).

Біопсія ворсин хоріона – трансабдомінальна (якщо плацента розташована по передній стінці матки) або трансцервікальна (якщо плацента розміщена на задній стінці матки) аспірація ворсин хоріона (проводять у терміні вагітності 19–12 тиж).

Кордоцентез – трансабдомінальне взяття крові з пуповини (проводять після 20 тиж вагітності) для швидкого аналізу каріотипу в тих випадках, коли при УЗД було виявлено аномалії розвитку плода.

Біопсію шкіри плода (переважно шкіри зі спини) застосовують для виявлення тяжких спадкових захворювань шкіри (природжений іхтіоз, бульозний епідермоліз, гіперкератоз та ін.).

Лабораторні методи

Цитогенетичне дослідження – вивчення клітин плода, отриманих різними методами. Дає можливість визначити аномалії кількості хромосом. ДНК-аналіз – використання ДНК клітин плода для проведення ПЛР (природжений токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція), реакції гібридизації (муковісцидоз, серпоподібноклітинна анемія), аналізу зчеплення генів (синдром ламкої Х-хромосоми). Біохімічний аналіз використовують для виявлення мукополісахаридозу, природженої гіпоплазії кіркової речовини надниркових залоз. Визначення клітин плода в материнському кровотоку – виділення ядерних еритроцитів і клітин трофобласта плода з подальшим генетичним аналізом. Флюоресцентна гібридизація *in situ* – аналіз інтерфазних клітин для цитогенетичних досліджень. Передімплантаційна генетична діагностика – метод біопсії ембріона з подальшим молекулярно-генетичним аналізом із використанням ПЛР. Тривимірне УЗД – тривимірна реконструкція тіла плода з використанням спеціалізованих ультразвукових апаратів. МРТ плода проводять після виявлення вад розвитку плода при УЗД.

Тактика ведення вагітності

Усім вагітним жінкам необхідно провести УЗД в терміні вагітності 11 тижнів + 1 день – 13 тижнів + 6 днів (КТР більшого плода – від 45 мм до 84 мм) з метою своєчасної діагностики БВ та визначення хоріальності (додаток 2), а також точного терміну вагітності та для розрахунку особистих ризиків можливого синдрому Дауна та інших хромосомних аномалій (трисомій 13, 18) шляхом здійснення просівних досліджень для пошуку можливого синдрому Дауна та трисомій 13, 18.

При діагностиці БВ обов'язковим є визначення хоріальності.

Для пошуку можливих структурних аномалій плодів усім вагітним з БВ має бути проведено УЗД в терміні 20 тижнів + 0 днів – 20 тижнів + 6 днів. При БВ структурні аномалії плода (особливо вади серця) виникають частіше, ніж при одноплідній вагітності (далі – ОВ).

Для проведення УЗД з метою виявлення структурних аномалій при БВ слід виділяти не менше 45 хвилин.

Виявлення затримки росту та невідповідного (дискордантного) росту плода/плодів:

1) оцінка темпів росту плодів при БВ здійснюється за допомогою УЗД у динаміці. Для проведення УЗД з метою оцінки біометричних показників плодів при БВ слід виділяти не менше 30 хвилин.

Не використовують гравідограму для оцінки темпів росту плодів при БВ;

2) наявність затримки росту плода (плодів) (далі – ЗРП) виявляють шляхом порівняння біометричних показників (поперечний розмір мозочка, міжтім'яний розмір та обвід голівки, обвід животика, довжина стегна) зі

значенням 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності (від умовного 1-го дня останніх місячних). ЗРП – плід, розміри якого менше значення 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності;

3) невідповідність (дискордантність) передбачуваних мас плодів слід оцінювати за допомогою двох або більше біометричних параметрів під час кожного УЗД (оцінка різниці у рості плодів).

Невідповідний ріст плодів (далі – НРП) оцінюють за формулою

$$\text{НРП} = (\text{передбачувана маса більшого плода} - \text{передбачувана маса меншого плода}) / (\text{передбачувана маса більшого плода}) \times 100 \%$$

Інтерпретація показника НРП:

менше 10 % – плоди відповідні (конкордатні);

10-20 % – фізіологічна невідповідність;

більше 20 % – невідповідність, що має клінічне значення (патологічна невідповідність).

Наявність НРП більше 20 % є провісником можливої затримки росту меншого плода.

У разі виявлення НРП більше 20 % вагітна має бути скерована у заклад III рівня надання перинатальної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості.

За наявності монохоріального типу плацентації (двійня або трійня) у термін вагітності з 16 до 24 тижня УЗД має проводитись один раз на два тижні з метою своєчасного виявлення ознак СМП.

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. аномалії розвитку плідного яйця,
2. групи ризику вагітних за аномаліями розвитку плода,
3. етіологію та клініку багатоводдя і маловоддя,
4. методи діагностики та лікування багатоводдя і маловоддя,
5. ведення вагітності та пологів при багатоводді та можливі ускладнення,
6. особливості протікання та ведення пологів при багатоплідній вагітності - II рівень;

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. ставити попередній діагноз аномалій розвитку, багато- та маловоддя, багатоплідної вагітності,
2. діагностувати багатоводдя за допомогою зовнішніх методів дослідження,
3. проводити диференційну діагностику багатоводдя, багатоплідної вагітності та великого плода;
4. обґрунтувати діагноз і скласти план лікування вагітної з аномаліями плідного яйця та багатоплідною вагітністю,

5. визначити тактику розродження при цих патологіях – III рівень

Варіанти оформлення відповіді:

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

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

Тестові завдання

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

- А. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- В. Пологи через природні пологові шляхи.
- С. Ургентний кесарів розтин.
- + D. Плановий кесарів розтин.
- Е. Призначити гімнастику, що коригує.

2. Первістка знаходиться в II періоді пологів. Срок 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 плоду подовжнє, передлежит голівка. Серцебиття плоду 140 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що відкриття шийки матки повне, плодовий міхур цілий. Голівка плоду в порожнині малого таза. Тактика подальшого ведення пологів?

- +А. Амніотомія, консервативне ведення пологів.
- В. Кесарів розтин.
- С. Амніотомія, акушерські щипці.
- D. Амніотомія, плодоруйнівна операція.
- Е. Амніотомія, стимуляція пологової діяльності.

3. Вагітна 31 року надійшла зі скаргами на задишку, змушене положення тіла в постелі, швидке збільшення живота. Термін вагітності 29-30 тижнів. Окружність живота 120 см, висота стояння дна матки 38 см. Матка напружена, частини плоду пальпувати не вдається. Серцебиття плоду глухе, 140 уд/хв. Найбільш ймовірний компонент діагнозу?

- А. Багатоплідність.
- + В. Багатоводдя.
- С. Великий плід.
- D. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Е. Розрив матки.

4. У вагітної 24 років у терміні гестації 24 тижня діагностовано багатоводдя. Дійсна вагітність третя, абортів - два, один з них - мимовільний. В анамнезі хронічний аднексит протягом 5 років. Для з'ясування причини багатоводдя вкажіть додатковий метод дослідження:

- А. Загальний аналіз крові.
- В. Загальний аналіз сечі.
- +С. Обстеження на TORCH-інфекції.
- Д. Мазок на флору.
- Е. Коагулограма крові.

5. Вагітна 29 років надійшла в стаціонар з пологовою діяльністю. Вагітність доношена, виразне багатоводдя. Обвід живота 114 см, висота стояння дна матки 31 см. Матка напружена, визначається симптом флюктуації. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду приглушене, ритмічне, 140 уд/ хв. Який план ведення пологів:

- А. Активно-вичікувальна позиція, пологи вести *per vias naturalis*.
- В. Кесарів розтин.
- +С. Амніотомія рання, повільне випускання навколоплодових вод. Профілактика слабкості пологової діяльності і кровотечі в післяпологовому періоді.
- Д. Пологозбудження.
- Е. Медикаментозний сон-відпочинок.

6. На прийом в жіночу консультацію звернулась першовагітна 30 років. Термін вагітності за останніми місячними 20 тижнів. З анамнезу встановлено, що жінка перенесла ГРВІ з високою температурою на початку вагітності і приймала лікування (антибіотики, жарознижуючі препарати). При скринінговому УЗ дослідженні діагностовано мікроцефалію. Визначити тактику.

- + А. Переривання вагітності.
- В. Спостереження в динаміці, УЗ-контроль через 1 місяць.
- С. Провести амніоцентез.
- Д. Необхідно зробити біопсію плаценти.
- Е. Виконати кордоцентез.

7. Першороділля 20 років з багатоводдям знаходиться у пологах 3 години. Пологова діяльність активна. Плід один, у головному передлежанні. Серцебиття плода не страждає. Розкриття шийки матки 4 см. Плодовий міхур напружений поза переймами. Визначте тактику ведення пологів:

- А. Стимуляція пологів простагландинами.

- В. Вичікувальна тактика.
- С. Кесарів розтин.
- Б. Сон-відпочинок.
- + Е. Амніотомія.

8. Повторнородяча, 34 роки, поступила до пологового будинку з доношеною вагітністю і багатоводдям, з цілими навколоплідними водами. Обвід живота – 112 см, ВДМ – 38 см, матка напружена, наявна ознака флюктуації, частини плода пальпуються погано. Серцебиття плода приглушене. Перейми регулярні. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, края тонкі, розкриття до 4 см, плідний міхур цілий, напружений, передлежача частина – голівка, рухлива над входом у малий таз. Яка тактика ведення пологів?

- А. Акушерський сон до злиття навколоплідних вод.
- В. Кесарів розтин.
- + С. Амніотомія, закінчити пологи через пологові шляхи.
- Д. Амніотомія з подальшою екстракцією плода за тазовий кінець.
- Е. Родостимуляція з введенням простогландинів.

9. Вагітна в терміні 38 тижнів поступила у відділення патології вагітних. Діагностовано двійню. Перший плід знаходиться у ножному передлежанні, другий – в поперечному. Визначте план розродження.

- А. Призначити корегуючу гімнастику.
- В. Пологи через природні пологові шляхи.
- С. Вилучення 1-го плода за ніжку, 2-го - зовнішньо-внутрішній акушерський поворот.
- Д. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- + Е. Плановий кесарів розтин.

10. Вагітна 20 років поступила у пологове відділення. При ультразвуковому дослідженні виявлено двійню, строк вагітності 37-38 тижнів. Обидва плоди знаходяться у тазовому передлежанні. Відійшли навколоплідні води. Яка тактика ведення пологів ?

- А. Пологостимуляція.
- + В. Кесарів розтин.
- С. Очікувальна тактика.
- Д. Акушерські щипці.
- Е. Поворот плода на ніжку.

11. В нормі кількість навколоплодових вод при доношеній вагітності:

- + А. 600-1500 мл.
- В. 500-600 мл.
- С. 1600-2000 мл.

- D. 2000-2300 мл.
- E. 2000-2500 мл.

12. Кількість навколоплодових вод при багатоводді:

- A. 600-1500 мл.
- B. 500-600 мл.
- +C. Більше 1500 мл.
- D. Більше 2000 мл.
- E. Більше 2500 мл.

13. Можливі причина багатоводдя:

- A. Хронічна інфекція
- B. Цукровий діабет
- C. Резус-конфлікт
- D. Вади розвитку плода
- + E. Все перелічене.

14. Основні скарги вагітної при гострому багатоводді:

- A. Втрата апетиту.
- B. Задишка.
- C. Недомагання.
- D. Відчуття тяжкості і болі в животі і попереку.
- + E. Все перелічене.

15. Основні діагностичні критерії при багатоводді:

- A. Блідість шкіри, посилення венозного малюнку на животі.
- B. Обвід живота і висота стояння дна матки більше терміну вагітності.
- C. Матка кулеподібної форми.
- D. Положення плода нестійке, частини плода пальпуються с труднощами або не визначаються.
- + E. Все перелічене.

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 інтерпритації 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 інтерпритації 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 інтерпритації 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 інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

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., Марічереда 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.Куща). – 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. Допущено 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. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).
 5. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.
2. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
3. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.
4. Лапароскопічна міомектомія у пацієнок з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) -2020. - с.75-85.
5. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 с.
6. 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.
7. 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)
8. 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.
9. 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.
- 10.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.
 - 11.Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці прееклампсії у вагітних / Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
 - 12.Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду після класичного за М.Stark та модифікованого кесаревого розтину / Гладчук І.З., Герман Ю.В., Григурко Д.О. // Одеський медичний журнал. 2019. № 2 (176). - С. 20-23.
 - 13.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.
 - 14.Вплив методу лікування міоми матки на перебіг вагітності / Железов Д.М., Салех О.С. // Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія №1(55), 2019. - С. 124-129.
 - 15.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.
 - 16.Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з резус-сенсibilізацією на прегравідарному етапі / Chernievska, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.
 - 17.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 / Кокрейніська 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