

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №19. Невиношування та переношування вагітності

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

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

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

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №19. Тема: «Невиношування та переношування вагітності»

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.
Дисципліна: «Акушерство і гінекологія».

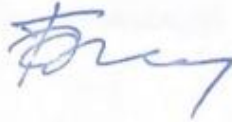
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №19. Невиношування та переношування вагітності

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

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.
Дисципліна: «Акушерство і гінекологія».

Практичне заняття №19

Тема: «Невиношування та переношування вагітності»

Мета: сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до жінок з групи ризику по невиношуванню 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: Причини мимовільного переривання вагітності в різні терміни. Класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного переривання вагітності. Істмікоцервікальна недостатність. Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика. Профілактика невиношування вагітності. Передчасні пологи. Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика. Профілактика невиношування вагітності. Передчасні пологи: акушерська тактика, ведення і профілактика

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали

Навчальний час: 4 години

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

Невиношування вагітності є однією з невідкладних проблем медицини. Частота невиношування вагітності складає 10%, але з нею пов'язано 50% випадків перинатальної захворюваності та смертності. Профілактика та лікування цієї патології є однією з найважливіших проблем сучасного акушерства.

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

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

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 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:

- Причини мимовільного переривання вагітності в різні терміни.
- Класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного переривання вагітності.
- Цервікальна недостатність.
- Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика.
- Профілактика невиношування вагітності.
- Передчасні пологи.
- Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика.
- Профілактика невиношування вагітності.
- Передчасні пологи: акушерська тактика, ведення і профілактика

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

Питання:

1. Ознайомлення здобувачів вищої освіти з поняттям «невиношування вагітності»
2. Стадії мимовільного аборту
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез невиношування вагітності
4. Діагностичні критерії різних стадій аборту
5. Оволодіння методиками щодобору анамнезу
6. Інструментально-лабораторна діагностика невиношування вагітності
7. Складання плану клініко-лабораторного обстеження при невиношуванні вагітності,
8. Призначення лікування при невиношуванні вагітності

Типові задачі

1. Повторно вагітна 26 років поступила в стаціонар зі скаргами на болі внизу живота і мажучі кров'яні виділення із статевих шляхів. Остання менструація 2 місяці тому. В анамнезі 2 мимовільних абортів. При огляді за допомогою дзеркал шийка матки ціанотична. При бімануальному дослідженні: зовнішній зів пропускає кінчик пальця, матка збільшена до 6-

7 тижнів вагітності, тестоватої консистенції. Придатки не пальпуються, вагінальні склепіння глибокі. Виділення із статевих шляхів кров'яні, мізерні. Поставте діагноз.

Правильна відповідь: Вагітність II, 6-7 тижнів. Загрозливий аборт.

2. Першовагітна 25 років при терміні гестації 10-11 тижнів звернулася до лікаря ЖК зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота і помірні кров'яні виділення із статевих шляхів. При вагінальному дослідженні: шийка матки розкрита на 2 см, матка збільшена до 10-11 тижнів вагітності, щільна. Виділення із статевих шляхів кров'яні, помірні.

Які дії лікаря ЖК? Яка подальша тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Ургентна госпіталізація у гінекологічне відділення. Вишкрябання порожнини матки.

Тестові завдання

1. Жінка 24 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на тягнучий біль внизу живота. Кров'янистих виділень із піхви немає. Вагітність IV, 16 тижнів, бажана. В анамнезі – три самовільних аборти. Об'єктивно: матка збільшена до 16 тижнів вагітності, м'яка, безболісна; шийка матки вкорочена, канал вільно пропускає 1 палець. Виділення слизові. Діагноз?
А. *Вагітність IV, 16 тижнів, загроза самовільного звичного викидня, істміко-цервікальна недостатність.
В. Вагітність IV, 16 тижнів, самовільний викидень в ході.
С. Вагітність IV, 16 тижнів, неповний самовільний викидень.
D. Вагітність IV, 16 тижнів, самовільний викидень, що відбувся.
Е. Фіброміома великих розмірів.
2. Вагітна 22 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Термін вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, матка збільшена до 5-6 тижнів, у цервікальному каналі виявляється залишки плідного яйця, надмірна кровотеча. Яка тактика?
А. *Провести вишкрябання порожнини матки
В. Холод на низ живота
С. Накласти шов на шийку матки
D. Призначити утеротонічну терапію
Е. Призначити токолітичну терапію

3. Вагітна, 25 років, надійшла в стаціонар із скаргами на болі внизу живота та кров'яні виділення із статевих шляхів. Бімануально: матка м'яка, збільшена до 9 тижнів вагітності, цервікальний канал вільно пропускає палець. У вічку промацується частини ембріональної тканини. Із піхви – помірна кровотеча. Яке лікування провести хворій?

- A. *Інструментальний кюретаж ембріональної тканини.
- B. Спостереження за хворою
- C. Призначення гормонів
- D. Гемостатична та антианемічна терапія.
- E. Призначення зберігаючої вагітності терапії

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

Оволодіти та удосконалити навички:

3.1. зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

1. Інтерактивне завдання
2. Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:
3. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
4. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
5. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипова задача 1.

У гінекологічне відділення поступила повторновагітна 24 років при терміні гестації 16-17 тижнів зі скаргами на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал пропускає 1 палець. Плодовий міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно терміну вагітності.

Поставте діагноз.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 16-17 тижнів. Загроза переривання вагітності. ПЦН.

Тактика ведення - спазмолітична, седативна терапія, накладення шва на шийку матки.

Нетипова задача 2

Вагітна 29 років при терміні гестації 16 тижнів поступила у гінекологічний стаціонар для лікування. У анамнезі – 2 мимовільних аборти. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 16 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена до 1,5 см, матковий зів пропускає кінчик пальця. Встановлений діагноз: істміко-цервікальна недостатність.

Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Накладення шва на шийку матки, спазмолітична, седативна терапія.

Тестові завдання

Жінка 25 років поступила в гінекологічне відділення з вагітністю 9 тижнів. Скаржиться на біль внизу живота. В анамнезі: 2 тижні тому перехворіла червінкою у важкій формі. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко шийки матки закрито, матка відповідає терміну 9 тижнів вагітності, додатки матки без особливостей. Виділення слизові. Яка тактика ведення пацієнтки?

- А. *Переривання вагітності за медичними показаннями
- В. Пролонгування вагітності
- С. Ультразвукове дослідження
- Д. Лапароскопія
- Е. Нагляд в амбулаторних умовах

До жіночої консультації звернулась вагітна 22 років, зі скаргами на ниючий біль внизу живота та у попереку, кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Вагітність третя, остання менструація була приблизно тримісяці тому. В анамнезі два штучних аборти. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 1 см, цервікальний канал відкритий. Матка збільшена до 10 тижнів вагітності, м'яка. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні. Діагноз?

- А. *Аборт в ході
- В. Мимовільний аборт.
- С. Міхуровий занесок
- Д. Вагітність, що не розвивається.

Е. Аборт що відбувся

Вагітна К., 25 р., скаржиться на ниючі болі понизу живота та в попереку. Дана вагітність ІІІ, 28 тижнів. В анамнезі 1 медичний аборт, 1 самовільний викидень в 24 тижні рік тому. Загальний стан не порушений. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечний палець, плідний міхур не пролабує. Подальша тактика ведення вагітної?

А. *Накладання шва на шийку матки або встановлення песарію

В. Токолітична терапія адренолітиками

С. Токолітична магнезійна терапія

Д.Зберігаюча терапія гестагенами

Е. Переривання вагітності

У гінекологічне відділення госпіталізована вагітна 24 років у терміні 18-19 тижнів в зв'язку з діагностованою під час ультразвукового дослідження істміко-цервікальною недостатністю. При огляді встановлено: шийка матки вкорочена до 0,5см, епітелій її без патологічних змін. Цервікальний канал пропускає палець. Плодовий міхур цілий. Матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, у нормотонусі. Яка подальша тактика лікаря?

А. *Накладання шва на шийку матки

В. Токолітична терапія

С. Переривання вагітності

Д.Проведення профілактики дистрес-синдрому

Е. Седативна терапія

До жіночої консультації звернулася жінка 24-х років зі скаргами на затримку менструації на 10 тижнів. В анамнезі 2 спонтанних викидні. В ході ультразвукового дослідження виявлено одне плідне яйце, яке відповідає 6-7 тижням вагітності, серцебиття плода не визначається. Яка подальша тактика в даній ситуації?

А. *Вишкрібання стінок порожнини матки

В. Застосування утеротонічних засобів

С. Призначення гормональної терапії

Д.Спостереження протягом 1 тижня з наступним УЗД-контролем

Е. Призначення антибактеріальної терапії

Вагітна 25 років скаржиться на значні кров'яні виділення із статевих шляхів, зі згортками, болі внизу живота переймоподібного характеру. Остання менструація 3 місяці тому. При бімануальному дослідженні: матка

завбільшки з 12 тижневу вагітність, цервікальний канал відкритий на 2 см, у зовнішньому зіві - елементи плідного яйця, у піхві багато згортків крові. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. *Аборт в ходу
- B. Повний аборт
- C. Загрозливий аборт
- D. Аборт, що почався
- E. Неповний аборт

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

- A. *Викидень у ходу
- B. Шийкова вагітність
- C. Загроза викидня
- D. Викидень, що розпочався
- E. Порушена трубна вагітність

Правильні відповіді: А

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

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок.

Терапія загрозливого аборт

Лікувальний захід	Ефективність (доказові дані)
Ліжковий режим та утримання від статевого життя	За даними різних досліджень ефективність помірна.

Спазмолітична терапія Седативна терапія	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
Препарати прогестерону Для лікування загрозливого абортів використовуються: - масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово) - мікронізований прогестерон (вагінально або перорально), - синтетичні похідні прогестерону (перорально). Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально) Їх не можна призначати одночасно Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону. Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності, невідомі.	Показання для застосування прогестерону: 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази 3. Виліковане безпліддя 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій <u>Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.</u> Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозі переривання вагітності не підвищує відсоток виношування, в зв'язку з чим не є виправданим. (А) У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+

7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	- -
8	Імунологічне обстеження за показаннями (ABO та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, $\beta 2$ глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Орієнтовна карта для самостійної підготовки здобувача вищої освіти з літературою по темі заняття.

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Стадії спонтанного аборт	Назвати стадії спонтанного аборт	За стадіями розвитку виділяють: • Загрозливий аборт • Аборт в ходу • Неповний аборт • Повний аборт
2	Етіологічні чинники невинишування вагітності	Назвати основні етіологічні чинники невинишування вагітності	Етіологія невинишування вагітності 1. Материнські причини: - нейро-ендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу-синдром Шихана, синдром полікістозних яєчні-СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирничкового, змішаного генезу, тіреопатія, та їх поєднання; - анатоμο-функціональні- вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників; - інфекційні – інфікованість бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами; - імунологічні – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний

			синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоїмунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси; - генетичні фактори і хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія. 2. Патологія вагітності <i>а) прееклампсія,</i> <i>б) неправильне положення плода,</i> <i>в) багатоводдя та маловоддя,</i> <i>г) аномалії прикріплення і розвитку плаценти,</i> <i>передчасне відшарування плаценти.</i> 3. Екстрагенітальна патологія матері <i>а) серцево-судинна патологія,</i> <i>б) захворювання нирок,</i> <i>в) цукровий діабет,</i> <i>г) захворювання органів черевної порожнини,</i> <i>д) хірургічні втручання при захворюваннях інших органів і систем.</i> 4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту. 5. Соціально-середовищні фактори: • екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря, інш.), • вік матері (до 18 і після 30 років), • несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів, труднощі з транспортом при поїздках на роботу і назад), • професійні і виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні), • шкідливі звички. 6. Фактори нез'ясованої етіології.
3.	Патогенетичні механізми переривання вагітності	Назвати основні механізми переривання вагітності	Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однакова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня. Перший патогенетичний варіант: викидень за типом відтогнення. При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є плацента. При

		цьому страждають в першу чергу найбільш складні функції цього органу, а саме процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання “чужого” імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдів та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення аллотрансплантату. Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на “чужерідні” тканинні антигени плода, антител, лімфоцитів і вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення плаценти і виявляючи цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки. Переривання вагітності, що пов’язане з первинною загибеллю ембріону або плода, яке відбувається внаслідок хромосомних мутацій або генетичних дефектів відбувається саме за таким типом. Другий патогенетичний варіант спонтанного викидню спостерігається в основному у другій половині вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини хоріону, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м’язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків й матка стає чутливою до дії утеротропних речовин. Реакція “відторгнення” перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З’являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки. Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов’язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність “запираючого” апарату матки.
--	--	---

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- Причини невиношування вагітності
- Фактори ризику невиношування вагітності
- Патогенез невиношування вагітності

- Класифікацію самовільних абортів
- Клініку різних стадій абортів

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- Володіти методиками щодо збору анамнезу у пацієнок з невиношуванням вагітності
- Скласти план клініко-лабораторного обстеження пацієнок з невиношуванням вагітності
- Скласти план лікування пацієнок з невиношуванням вагітності
- Скласти план обстеження при звичному невиношуванні вагітності
- Володіти методами лікування звичного невиношування
- Володіти методами профілактики невиношування вагітності

Досліджувати теоретично та клінічно особливості перебігу різних стадій абортів

Варіанти підготовки відповіді:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- Презентація по темі заняття;
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки;
- Мультимедійна презентація;
- Просмотр відеофільма;
- Огляд сучасних джерел інформації

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

Ситуаційні задачі

Вагітна 28 років поступила зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота при терміні гестації 32-33 тижні. Об'єктивно: положення плоду подовжнє, передлежання головне. Серцебиття – 146 уд/хв., ритмічне. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 5-6 см. Плодовий міхур – цілий. Головка плоду притиснута до входу в малий таз.

Яка тактика лікаря?

Правильна відповідь: Проводити пологи як передчасні

Тестові завдання

1. До жіночої консультації звернулась вагітна 25-ти років зі скаргами на ниючі болі внизу живота і у попереку. Термін вагітності 9-10 тижнів. В анамнезі 2 штучних аборти. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 3 см, канал шийки матки закритий, матка збільшена відповідно

терміну вагітності, виділення слизові, мізерні. Який діагноз найбільш імовірний?

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

2. Хвора 18-ти років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на ниючий біль внизу живота. Остання менструація 2 місяці тому. При бімануальному дослідженні шийка матки довжиною до 2 см, ціанотична, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки кулястої форми, м'якої консистенції, збільшено відповідно 7-8 тижням вагітності. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. *Загрозливий аборт
- B. Аборт, що розпочався
- C. Аборт у ходу
- D. Фіброміома тіла матки
- E. Неповний аборт

3. На прийом до жіночої консультації прийшла першовагітна 24 років із скаргами на біль внизу живота. Термін вагітності 31 тиждень. Тонус та збудливість матки підвищені. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 132 удари за хвилину. Діагноз?

- A. *Загрожуючі передчасні пологи.
- B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- C. Загрожуючий розрив матки.
- D. Патологічний прелімінальний період.
- E. I період пологів.

4. Першовагітна звернулася до жіночої консультації 22.03.19 зі скаргами на тягнучий біль внизу живота. З анамнезу - остання менструація була 4.01.19 року. При бімануальному дослідженні: шийка матки збережена, зовнішнє вічко закрите, матка збільшена до 9 тижнів вагітності, рухома, безболісна. Яке ускладнення слід запідозрити?

- A. *Загроза викидня в 9 тижнів вагітності
- B. Аборт, що розпочався в 9 тижнів вагітності
- C. Міома матки
- D. Завмерла вагітність
- E. Міхуровий занесок

5. Хвору 24-х років доставлено до стаціонару бригадою швидкої допомоги в зв'язку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість. АТ-100/60 мм рт.ст., Рс-90/хв. Остання нормальна менструація 2 місяці тому. Під час огляду шийки матки в дзеркалах спостерігаються залишки ембріональної тканини. В ході

бімануального дослідження: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, безболісна, цервікальний канал пропускає палець. Який попередній діагноз?

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

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

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

7. Вагітна В., 24 років з обтяженим акушерським анамнезом поступила у відділення патології вагітних. На 12 тижні вагітності знаходилася на стаціонарному лікуванні з приводу загрози викидня. Після проведеного лікування виписана зі збереженою вагітністю. Вагітність четверта, перші три закінчилися мимовільними абортами на 14, 16 та 20 тижні вагітності. Матка знаходиться на середині між пупком і лобком. Піхвове дослідження: шийка матки вкорочена до 2,0 см, цервікальний канал вільно пропускає палець. Матка відповідає 16 тижню вагітності. Виділення слизові. Діагноз?

- A. *Істміко-цервікальна недостатність
- B. Загроза передчасних пологів
- C. Загроза мимовільного аборту
- D. Мимовільний аборт, що розпочався
- E. Неповний самовільний аборт

8. У відділення патології вагітних поступила першовагітна 20 років зі скаргами на тягнучі болі внизу живота. Об'єктивно: живіт овоїдної форми за рахунок вагітної матки, що відповідає 30 тижням вагітності. Матка при пальпації приходить у підвищений тонус, положення плода поздовжнє, голівка над входом у малий таз, серцебиття ясне, ритмічне 140 уд. у хв. Шийка матки замкнута. Встановлений діагноз - загроза передчасних пологів. Ваша тактика?

- A. *Розпочати токолітичну терапію, профілактику дистрес-синдрому плода
- B. Почати стимуляцію пологів

С.Перевести в пологовий блок для родорозрішення

Д.Допомоги не потребує

Е. Кесарський розтин

9. Вагітна в терміні 11-12 тижнів доставлена до гінекологічного стаціонару з матковою кровтечею та переймоподібними болями в низу живота. Піхвеве дослідження: піхва заповнена згортками крові, шийка матки розкрита на 2 см, В каналі визначається напружений плідний міхур. Матка збільшена до розмірів 11-12 тижнів вагітності, напружена. Виділення кров'янисті, дуже рясні. Які міри повинен вжити лікар?

А.*Вишкрібання порожнини матки

В.Проведення токолітичної терапії

С.Консервативне спостереження

Д.Призначення прогестерону

Е. Проведення гемотрасфузії

10. Вагітна., 27 років, в терміні 17 тижнів поступила в стаціонар для лікування. В анамнезі - 2 самовільні викидні. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 17 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена, вічко пропускає кінчик пальця. Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. Тактика лікаря:

А.*Накласти шов на шийку матки

В.Токолітична терапія

С.Переривання вагітності

Д.Провести гормональне лікування

Е.Зробити амніоцентез

IV. Підсумкове оцінювання за критеріями знань, умінь, навиків.

Методи контролю і критерії оцінювання результатів навчання

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

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 хворої дитини 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 хворої дитини 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 хворої дитини 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 хворої дитини та інтерпретації 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. 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. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.
2. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.
3. Лапароскопічна міомектомія у пацієнток з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) -2020. - с.75-85.
4. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 с.
5. 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.
6. 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)
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 - 10.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.
 - 11.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.
 - 12.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.
 - 13.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.
 - 14.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.
 - 15.Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з реусенсибілізацією на прегравідарному етапі / Chernievskaaya, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.

16. 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/> - Wolters 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 women's 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