ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №23. Післяпологові септичні захворювання

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУ

Проректор з науково-педагогічної робо

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИ

«29» серпня 2024 ро

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №23. Тема: «Післяпологові септичні захворювання»

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

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №23. Післяпологові септичні захворювання

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 практичногозаняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство і гінекологія».

Практичне заняття №23

Тема: «Післяпологові септичні захворювання»

Мета: сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до післяпологових септичних захворювань;викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до пацієнток з післяпологовими септичними захворюваннями;продемонструвати необхідність колегіальних відносин між фахівцями різних дисциплін і колегами у межах однієї дисципліни на прикладі надання допомоги при післяпологових септичних захворюваннях; переконати здобувачів вищої освіти в необхідності дбайливого відношення до пацієнток з післяпологовими септичними захворюваннями.

Основні поняття: Післяпологові септичні захворювання: післяпологова септична рана, післяпологовий метроендометрит, метрофлебіт, мастит, післяпологовий перитоніт, перитоніт після кесарева розтину. Акушерський сепсис: класифікація етіологія, патогенез, діагностика, сучасні принципи лікування, профілактика. Септичний шок, невідкладна допомога. Методи пригнічення лактації**.**

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали

Навчальний час: 4 години

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

Післяпологові інфекційні захворювання розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня та є важливою причиною захворюваності й смертності в акушерській практиці. Частота післяпологової інфекції може коливатись від 2 до 10% усіх пологів, а в групах підвищеного ризику сягати 50%.

Знання даної теми є необхідним для своєчасної діагностики та лікування інфекційних післяпологових ускладнень та їх попередження.

ІІ. 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 визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

Післяпологові септичні захворювання:
Післяпологова септична рана,
Післяпологовий метроендометрит,
Метрофлебіт,
Мастит,
Післяпологовий перитоніт, перитоніт після кесарева розтину.
Акушерський сепсис: класифікація етіологія, патогенез, діагностика, сучасні принципи лікування, профілактика.
Септичний шок, невідкладна допомога.
Методи пригнічення лактації**.**

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

Питання:

1. Основні клінічні форми післяпологових септичних захворювань. Класифікація, етіологія, патогенез.
2. Клініка, діагностика, сучасні принципи лікування післяпологового метроендометриту, метрофлебіту, маститу.
3. Клініка, діагностика, сучасні принципи лікування післяпологового перитоніту, перитоніту після кесарева розтину.
4. Акушерський сепсис. Класифікація, клініка, діагностика, сучасні принципи лікування.
5. Септичний шок. Невідкладна допомога.
6. Методи профілактики септичних післяпологових ускладнень.

Типові задачі:

1. Породіллі 5 днів тому, у зв'язку з дистресом плоду, було проведено кесаревий розтин. У післяопераційному періоді з першої доби - стабільний підйом температури до 39,0^{O}С на тлі прийому трьох антибіотиків. На 4-й день збільшився об'єм лівої гомілки.

Вкажіть найбільш вірогідне післяпологове ускладнення.

Правильна відповідь: тромбофлебіт вен гомілки

2. У породіллі на 10 добу післяпологового періоду з'явилися скарги на пульсуючі болі в області лівої молочної залози. Температура тіла 38,3^{0}С, пульс 98 уд/хв, озноб. Ліва молочна залоза напружена, у верхньому латеральному квадранті її пальпується ущільнення 3х4,5 см з виразною флюктуацією. Матка щільна, безболісна. Виділення із статевих шляхів серозні, мізерні.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: розтин і дренування абсцесу молочної залози, антибіотикотерапія.

3. Породілля переведена у відділення обсервації на 5 добу післяпологового періоду. У пологах виконана епізіотомія. Скарги на нездужання, болі в області промежини. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2^{0}С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: зняття швів, обробка рани, накладення вторинних швів після очищення рани.

4. Породілля на 5 добу пологів поскаржилася на болі в лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39^{0}С. Патології з боку статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

Яка тактика лікаря?

Правильна відповідь: зціджування молока

5. Породілля 23 років, переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8^{0}С. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 годин). Об'єктивно: температура тіла 38,8^{0}С, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

Який діагноз найбільш вірогідний?

Правильна відповідь: післяпологовий ендоміометрит

Тестові завдання

1. У породіллі 24-х років, на 5-ту добу після пологів раптово підвищилась температура тіла. Скаржиться на слабкість, головний біль, біль внизу живота, дратівливість. Об’єктивно: АТ - 120/70 мм рт.ст., Ps - 92/хв., t^o - 38, 7^{o}С. Бімануально: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, щільна, дещо болюча при пальпації, цервікальний канал пропускає 2 поперечні пальці, виділення помірні, мутні, з неприємним запахом. У крові: лейкоцитоз із зсувом вліво, лімфопенія, ШОЕ- 30 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Ендометрит

B. Параметрит

C. Пельвіоперитоніт

D. Метрофлебіт

E. Лохіометра

2. Хвора 20-ти років на десяту добу після виписки з пологового відділення звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла до 39^{o}С, біль у правій молочній залозі. Об’єктивно: молочна залоза збільшена, у верхньому зовнішньому квадранті відмічається ділянка гіперемії, там же пальпується ущільнення з нечіткими контурами, лактостаз, флюктуація відсутня. Лімфатичні вузли в правій

пахвовій ямці збільшені, болючі. Який найбільш імовірний діа-гноз?

A. Лактаційний мастит
B. Абсцес
C. Бешиха
D. Дерматит
E. Пухлина

3. На 14-ту добу після пологів до лікаря звернулася породілля зі скаргами на біль, що з'явився раптово, гіперемію і ущільнення у молочній залозі зліва, підвищення температури до 39^oC, головний біль, нездужання. Об'єктивно: тріщина у ділянці соска, збільшення в об'ємі лівої молочної залози, посилення болю під час пальпації. Про яку патологію можна думати у даному випадку?

A. Лактаційний мастит
B. Кіста лівої молочної залози з нагноєнням
C. Фіброаденома лівої молочної залози
D. Рак молочної залози
E. Флегмона молочної залози

4. До гінеколога на 20-у добу післяпологового періоду звернулася жінка зі скаргами на біль в лівій молочній залозі, гнійні виділення з соска. Об'єктивно: Ps - 120/хв., температура тіла 39^0C. Ліва молочна залоза болісна, більша за праву, шкіра її гіперемована; у верхньому квадранті - інфільтрат 10х15 см із розм'якшенням всередині. В крові: ШЗЕ-50 мм/год, лейк.- 15, 0 · 10^9/л. Якою буде тактика лікаря?

A. Госпіталізувати до гінекологічного відділення
B. Направити до гінекологічного відділення
C. Направити у післяпологове відділення
D. Направити до хірурга поліклініки для консервативного лікування
E. Розітнути абсцес молочної залози в жіночій консультації

5. При огляді плаценти знайдено дефект. Проведено ручне обстеження порожнини матки, масаж матки на кулаці. Як провести профілактику ендометриту в післяпологовому періоді?

A. Антибактеріальна терапія
B. Інструментальна ревізія порожнини матки
C. Гемостатична терапія
D. Скорочуючі засоби
E. Внутрішньоматкова інстиляція діоксидину

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

Оволодіти та удосконалити навики :

збору анамнезу у породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями;

складання плану клініко-лабораторного обстеження породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями;

складання плану лікування породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями

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

Інтерактивне завдання

1. 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:
2. І підгрупа – поставити попередній діагноз.
3. ІІ підгрупа – скласти план ведення вагітної.
4. ІІІ підгрупа – оцінює правильність відповіді І та ІІ підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові задачі

3. Породілля переведена у відділення обсервації на 5 добу післяпологового періоду. У пологах виконана епізіотомія. Скарги на нездужання, болі в області промежини. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2^{0}С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

Встановіть діагноз

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь:

Діагноз: П'ята доба післяпологового періоду.Нагноювання епізіотомної рани

Тактика ведення пацієнтки:зняття швів, обробка рани, широке відкриття і дренування рани, стимуляція загоєння рани.

4. Породілля на 5 добу пологів поскаржилася на болі в лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39^{0}С. Патології з боку статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

Встановіть діагноз

Яка тактика ведення пацієнтки?

Діагноз: П'ята доба післяпологового періоду.Лактостаз.

Тактика ведення пацієнтки:Правильне прикладання дитини до грудей, зціджування молока.

Тестові завдання

6. У породіллі через 3 тижні після пологів підвищилася температура тіла до 38^{o}С, з’явилися остуда, слабкість та біль в лівій молочній залозі. Молочна залоза збільшена, нагрубла, болюча при пальпації; розм’якшення та флуктуації в ділянці інфільтрату немає. В крові - помірний лейкоцитоз. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Серозний мастит

B. Лактостаз

C. Абсцедивний мастит

D. Мастопатія

E. Гангренозний мастит

7. У жінки 28-ми років на 7-му добу після пологів з'явилися скарги на біль у правій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39°С, остуда, погіршення загального стану. Під час огляду визначається інфільтрат у верхньозовнішньому квадранті молочної залози з ділянкою розм'якшення. Якою буде тактика лікаря?

A. Хірургічне лікування

B. Антибактеріальна терапія

C. Припинення лактації

D. Динамічне спостереження

E. Фізіотерапевтичне лікування

8. У породіллі на 6-ту добу підвищилася температура тіла до 38°С, з'явилися лихоманка, слабкість. Під час огляду права молочна залоза збільшена в об'ємі за рахунок інфільтрату без чітких контурів у верхньому квадранті, болюча під час пальпації. Який імовірний діагноз?

A. Інфільтративний мастит

B. Гнійний мастит

C. Флегмонозний мастит

D. Гангренозний мастит

E. Лактостаз

9. Хвора 25-ти років скаржиться на підвищення температури тіла до 38^0C, біль внизу живота та виділення із піхви. Три дні тому було проведено штучний аборт в 10 тижнів вагітності. Р.V.: шийка матки чиста, матка дещо збільшена в розмірах, болюча. Придатки матки не визначаються. Склепіння глибокі, безболісні. Виділення із піхви гнійно-кров'яні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Післяабортний метроендометрит

B. Гематометра

C. Пельвіоперитоніт

D. Перфорація матки після аборту

E. Параметрит

10. Жінка 25-ти років скаржиться на підвищення температури до 39^oC, гноєподібні виділення з піхви, які виникли на 3-й день після штучного аборту. Ps-100/хв., АТ-120/70 мм рт.ст. Живіт під час пальпації болісний у нижніх відділах. При бімануальному дослідженні матка збільшена до 6 тижнів вагітності, розм'якшена та болісна. Додатки матки не визначаються внаслідок болю при дослідженні. Виділення гнійні, з неприємним запахом. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гострий ендоміометрит

B. Гострий аднексит

C. Гострий апендицит

D. Перекрут кісти яєчника

E. Апоплексія яєчника

3.2. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні

алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо);

Визначення понять сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom -SIRS) Системна запальна відповідь на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка маніфестується двома чи більше наступними проявами: 1) температура тіла більше 38°С або нижче 36°С; 2) ЧСС понад 90 уд/хв.; 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Ра СО2 нижче 32 мм рт.ст.; 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше10% юних форм.
Сепсис Системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви: 1) температура тіла більше 38°С або нижче 36°С; 2) ЧСС понад 90 уд/хв.; 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Ра СО2 нижче 32 мм рт.ст.; 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше10% юних форм.
Тяжкий сепсис/SIRS Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіпоперфузією або гіпотензією. Гіпоперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.
Септичний шок (SIRS – шок) Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. **Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіпоперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.**

Орієнтована карта для самостійної підготовки здобувача вищої освіти з використанням літератури

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді
1	**2**	**3**	**4**

1.	**Вивчити:** Види післяпологових інфекційних захворювань	Перерахувати існуючі післяпологові інфекційні захворювання	*085 Післяпологовий сепсис* Післяпологовий (а) - ендометрит; - лихоманка; - перитоніт; - септицемія. *086.0 Інфекція хірургічної акушерської рани* Інфікована (ий) - рана кесарського розтину - шов промежини *086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів* цервіцит } після пологів вагініт } *087.0 Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді* *087.1. Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді* Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.
2.	Основні збудники акушерських септичних ускладнень	Назвати основні збудники акушерських септичних ускладнень	Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікробів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. В останнє десятиліття також певну роль у цих асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін. Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Встановлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних й інфікуванням навколоплідних вод, ускладненнями вагітності (хоріонамніонитом, передчасними пологами, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями). Незважаючи на велику розмаїтість

			збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні: - грампозитивні мікроорганізми (25%). Staphylococcus aureus - 35%, Enterococcus spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, Streptococcus pneumonie -10%, і на інші грампозитивні - 20%. - грамнегативні мікроорганізми (25%). Escherichia coli -25%, Klebsiella/Citrobacter - 20%, Pseudomonas aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, та інші - 25%. - гриби роду Candida - 3% - анаеробна флора - при спеціальних методах дослідження 20% - невстановлена флора - в 25% випадків.
3.	Стадії ССЗВ	Назвати стадії ССЗВ	Виділяють три стадії розвитку ССЗВ (Bone R.S.,1996): 1-я стадія – *локальної продукції цитокинів* – у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани. 2-я стадія – *викид малої кількості цитокинів у системний кровоток* – контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу. 3-я стадія – *генералізованої запальної реакції* – кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками. Генералізована запальна реакція (синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис. Класифікація сепсису представлена у

			відповідному розділі.
4.	Фактори ризику післяпологової інфекції	Перерахувати фактори ризику щодо виникнення післяпологової інфекції	Можливими джерелами післяпологової інфекції (факторами ризику), які можуть існувати і до вагітності, виявляються: - інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії; - інфікування епідуральних оболонок; - тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен; - інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит); - септичний ендокардит; - апендицит й інші хірургічні інфекції. *До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень відносяться:* 1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень. 2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніоніту. 3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо). 4. Інфекції репродуктивного тракту. 5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною. *Причинами генералізації інфекції можуть бути:* - неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання; - неправильний вибір обсягу й

			компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії; - знижена або змінена імунореактивність макроорганізму; - наявність важкої супутньої патології; - наявність антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів; - відсутність проведення якого-небудь лікування.

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

Засвоїти :

- здобувач вищої освіти повинен знати основні збудники акушерських септичних захворювань;
- фактори, що обумовлюють/сприяють виникненню септичних післяпологових ускладнень;
- стадії розвитку системної запальної відповіді;
- клінічні ознаки та принципи лікування інфікованої післяпологової рани;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування ендометриту;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування акушерського перитоніту;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування лактаційного маститу;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування післяпологових тромботичних ускладнень

Вміти :

- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при післяпологових септичних захворюваннях;
- оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у вагітної при післяпологових септичних захворюваннях;
- надавати допомогу породіллям з інфекційними післяпологовими захворюваннями

Нетипові задачі

Породілля 23 років, переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8^{0}С. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 годин). Об'єктивно: температура тіла 38,8^{0}С, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

Який діагноз найбільш вірогідний?

Основні клінічні ознаки даної патології?

Тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь:

1.П′ята доба післяпологового періоду. Післяпологовий ендоміометрит

2.Гіпертермія, симптоми інтоксикації, болі в гіпогастрії, патологічні виділення з матки (з неприємним запахом, мутні, гнійні), матка помірно болісна при пальпації, субінволюція матки.

3. Антибіотикотерапія (2 антибіотика+метронідазол 7-10 днів), інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, протоково-промивне дренування порожнини матки, за неефективності- лапаротомія, екстирпація матки з матковими трубами, дренування черевної порожнини.

Тестові завдання

11. Через 2 тижні після пологів у породіллі з'явилися болі в молочній залозі, що наростали впродовж 3-х днів. Об'єктивно: температура тіла 39^oC, озноб, слабкість, гіперемія шкіри, збільшення, болючість та деформація молочної залози. При пальпації інфільтрату визначається ділянка розм'якшення та флюктуації. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Інфільтративно-гнійний мастит

B. Флегмонозний мастит

C. Лактостаз

D. Серозний мастит

E. Мастопатія

12. У породіллі 23-х років на десяту добу після пологів загальний стан погіршився: з'явився озноб, біль у правій молочній залозі, температура тіла підвищилась до 39^o *C*. Об'єктивно: права молочна залоза дещо збільшена, в верхньо-зовнішньому квадранті пальпується болісний щільний інфільтрат розмірами 5х7 см з ділянкою розм'якшення в центрі, шкіра над ним гіперемована з синюшним відтінком. Пахвові лімфатичні вузли справа збільшені, болісні під час пальпації. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гнійний мастит

B. Лактостаз

C. Серозний мастит

D. Фіброаденома молочної залози

E. Рак молочної залози

13. На 15-ту добу після пологів до гінеколога звернулась жінка зі скаргами на болі в правій молочній залозі, підвищення температури тіла до 38^o *C* , слабкість. Об'єктивно: у верхньому квадранті правої молочної залози пальпується болючий інфільтрат 10х10 см, шкіра над ним гіперемована, з соска - гнійні виділення. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гнійний мастит

B. Лактостаз

C. Фіброзно-кістозна мастопатія

D. Мастопатія

E. Кіста правої молочної залози

14. У жінки на 3-ю добу після інструментальної ревізії порожнини матки з приводу переривання вагітності з'явилися скарги на біль внизу живота, підвищення температури тіла до 37,4^oC . Бімануально: матка збільшена до 6-7 тижнів вагітності, болюча при пальпації. Спостерігаються гнійно-сукровичні виділення. Яку патологію можна припустити?

A. Післяабортний метроендометрит

B. Післяабортний параметрит

C. Післяабортний перитоніт

D. Післяабортний тромбофлебіт

E. Післяабортна субінволюція матки

15. Породілля 22-х років на 4 добу післяпологового періоду скаржиться на головний біль, слабкість, біль в правій молочній залозі, різке підвищення температури тіла до 39^oC, лихоманку. В ділянці верхньо-зовнішнього квадранта правої молочної залози пальпується щільний болісний інфільтрат, шкіра над яким гіперемована. Артеріальний тиск - 120/70 мм рт.ст., пульс - 110/хв. Живіт м'який, безболісний. Який імовірний діагноз?

A. Лактаційний мастит, інфільтративна форма

B. Лактостаз

C. Флегмонозний мастит

D. Гангренозний мастит

E. Ретромаммарний абсцес

16. До лікаря звернулася породілля на третю добу післяпологового періоду зі скаргами на біль в правій молочній залозі, утруднене зціджування молока, підвищення температури до 37,2^{o}C. При огляді встановлено: локальне, помірно болісне, тверде утворення в ділянці правої молочної залози, шкіра над ним не змінена. Який діагноз буде найбільш ймовірним?

A. Лактостаз

B. Флегмонозний мастит

C. Гнійний мастит

D. Серозний мастит

E. Гангренозний мастит

17. На 4 добу після кесаревого розтину в зв'язку зі слабістю родової діяльності та довготривалим безводним періодом наступило значне погіршення стану. Скарги на слабість, головокружіння, болі в животі. Була блювота та діарея . Об'єктивно: t-39°С, Ps 120уд./хв, АТ 115/60 мм.рт.ст. Бліда, язик сухий , обкладений, живіт здутий, при пальпації болючий у всіх відділах . Відмічається позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Перистальтика не вислуховується. Матка на рівні пупка, тістовидної консистенції, болюча. Виділення гнійно-кров'янисті, значні, із запахом. Вкажіть , яке з ускладень наступило в післяопераційному періоді.

A. Розлитий перитоніт

B. Непрохідність кишечника

C. Метроендометрит
D. Розходження швів на матці
E. Сепсис

18. У породіллі на 3 добу післяпологового періоду з'явились скарги на підвищення температури до 38,2С, біль в нижній частині живота, гнійні виділення з піхви, слабкість. Об'єктивно: пульс – 98 уд/хв., АТ – 120/80 мм.рт.ст., шкіра бліда. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 1 палець нижче пупа, матка тістоватої консистенції, болюча. При вагінальному дослідженні шийка матки відкрита на 3см, виділення з матки гнійні, в помірній кількості, матка збільшена до 17 тижнів вагітності. Додатки матки та склепіння без особливостей. В крові лейкоцитоз 13,5 млн/л, ШОЕ – 32 мм/г. Який діагноз?

A. Післяпологовий гострий ендометрит
B. Післяпологовий тромбофлебіт
C. Післяпологовий аднексит
D. Післяпологовий параметрит
E. Післяпологовий пельвіоперитоніт

19. На 10 добу післяпологового періоду породілля скаржиться на болі й почуття тяжкості у лівій молочній залозі. Температура тіла – 38,8оС, Пульс – 94 у хвилину, права молочна залоза з набряком, у зовнішньо-верхньому квадранті шкіра гіперемована. Симптом флюктуації відсутній. При натисненні із сосків виділяються крапельки молока. Тактика лікаря?

A. Антибіотикотерапія, іммобілізація й зціджування молочної залози
B. Компрес на молочні залози
C. Пригнічення лактації
D. Фізіотерапевтичне лікування
E. Розкриття абсцесу й дренування молочної залози

20. Породілля на 3-тю добу після кесаревого розтину раптово знепритомніла. Напередодні відзначала біль в епігастральній області та нижніх відділах живота, кінцівках, ділянці попереку, грудної клітини, головний біль. Спостерігався підйом температури тіла до 39,3С, який супроводжувався повторними ознобами, АТ 90/60 мм рт ст., тахікардія до 120 уд/хв., частота подиху до 30 за хв.., шкірні покриви бліді, вкриті липким холодним потом. Була блювота "кавовою гущею". Погодинний діурез складає 30 мл. Попередній діагноз?

A. Септичний шок
B. ДВЗ-синдром
C. Метроендометрит
D. Пельвіоперитоніт
E. Перитоніт

Вірні відповіді: 11-A, 12-A, 13-A, 14-A, 15-A, 16-A, 17-A, 18-A, 19-A, 20-A

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 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 хворої дитини 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 хворої дитини 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 хворої дитини та інтерпритації 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., Подольский 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.).

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 пацієнток 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. 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 M.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.

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/ - Королевська 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
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