

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. Фізіологія вагітності.
Методи обстеження вагітних»

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

Факультет стоматологічний

Кафедра акушерства та гінекології

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



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

Факультет стоматологічний, курс IV

Навчальна дисципліна «Акушерство і гінекологія»

Практичне заняття №1. Тема: «Фізіологія вагітності. Методи
обстеження вагітних»

Методична розробка практичного заняття «Акушерство та гінекологія», 4 курс,
стоматологічний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №1. Фізіологія вагітності.
Методи обстеження вагітних»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 р.

Завідувач кафедри _____ (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології _____ Чумак З.В.

Методична розробка практичного заняття «Акушерство та гінекологія», 4 курс,
стоматологічний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №1

Тема: «Фізіологія вагітності. Методи обстеження вагітних»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти на вплив організму жінки додаткових процесів під час вагітності. Забезпечення життєдіяльності, росту і розвитку ембріона і плоду в організмі матері відбуваються істотні зміни, що стосуються практично всіх систем організму. Компенсаторні зміни в органах і системах організму вагітної призводять до змін гомеостазу в стан нестійкої напруженої рівноваги. Порушення цієї рівноваги можуть призвести до зміни гомеостазу та реалізації тієї чи іншої акушерської та екстрагенітальної патології, про що потрібно знати лікарю стоматологу.

Основні поняття: Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності. Гігієна і харчування вагітної. Методи обстеження вагітної: діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності. Топографія плода у матці. Ведення фізіологічної вагітності. Прегравідарна підготовка.

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

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивації здобувачів вищої освіти до вивчення теми).

Визначити здобувачів вищої освіти на відповідальність і послідовність в роботі, чуйність і толерантність у ставленні до вагітній жінці. Навчити здобувача логічного клінічного мислення і новим для нього методам діагностики, надати можливість здобувачу самостійно вирішити нетипову задачу, з самостійним вибором шляху вирішення, розвинути у здобувачів вищої освіти почуття відповідальності за правильність професійних дій.

Мати спеціалізовані концептуальні знання, набуті в процесі навчання. Вміти вирішувати складні завдання і проблеми, що виникають у професійній діяльності. Зрозуміле і недвозначне донесення власних висновків, знань і пояснень, які обґрунтовують, до фахівців і нефахівців. Відповідати за прийняття рішень в складних умовах, мати глибокі знання зі структури професійної діяльності. Вміти здійснювати професійну діяльність, оновлювати та інтегрувати знань. Здатність ефективно формувати комунікаційну стратегію в професійній діяльності. Нести відповідальність за розвиток, здатність до подальшого професійного навчання з високим рівнем автономності.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальні опитування і т.д.).

- **Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.**

Вимоги до знань:

- знати рівні надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги населенню;
- знати функції лікаря-стоматолога з обстеження вагітних жінок;
- скласти план першочергового лабораторного обстеження при першому зверненні вагітної в жіночу консультацію;
- трактувати основні показники роботи акушерського стаціонару.

Перелік дидактичних одиниць:

- Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
- Гігієна і харчування вагітної.
- Методи обстеження вагітної: діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності.
- Топографія плода у матці.
- Ведення фізіологічної вагітності.
- Прегравідарна підготовка.

Питання (тестові завдання, завдання, клінічні ситуації) для перевірки базового рівня знань за темою заняття.**Питання:**

- Критичні періоди розвитку ембріона і плода.
- Вплив шкідливих факторів на ембріон і плід.
- Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
- Гігієна та харчування вагітної пацієнтки.
- Методи обстеження вагітних.
- Зовнішнє і внутрішнє акушерське обстеження вагітних.
- Топографія плода в матці.
- Ведення фізіологічної вагітності.
- Прегравідарна підготовка.

Тестові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 20 років звернулася в жіночу консультацію для визначення наявності вагітності. Дату останньої менструації не пам'ятає. Останні 2 місяці від вагітності оберігалась. Протягом 10 днів турбує нудота, з'явилася відразу до м'ясної їжі. При огляді за допомогою дзеркал звертає на себе увагу ціаноз слизової піхви і шийки матки. При бімануального дослідженні: матка в гіперантефлексія, злегка збільшена, округла, розм'якшена, придатки не визначаються. Які можливі ознаки вказують на наявність вагітності?

Відповідь: Діагноз: Нудота, відраза до м'ясної їжі. Ціаноз слизової піхви і шийки матки.

2. Пацієнтка 22 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на затримку менструації протягом 2 місяців, тягу до гострої їжі, нудоту, сонливість, відразу до тютюнового диму. При бімануального дослідженні: матка в гіперантефлексія, збільшена до розмірів гусячого яйця, в області лівого кута випинання (асиметрія). Які ймовірні ознаки вказують на наявність вагітності?

Відповідь: Діагноз: Відсутність менструації, гіперантефлексія і асиметрія матки.

3. Прийомами зовнішнього акушерського дослідження в жіночій консультації обстежена жінка 35 років, народжує вдруге. Термін гестації 37-38 тижнів. При пальпації матки над входом в малий таз пальпується об'ємна м'якувата частина плода, що не балотується. Щільна округла частина визначається в правому підребер'ї, спинка плода звернена вліво і назад щодо стінки матки. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 ударів в хвилину зліва вище рівня пупка. Визначте позицію і вид плода?

Відповідь: Діагноз: Перша позиція, задній вид.

Типові тестові завдання:

1. При первинному огляді вагітної діагностована вагітність 32 тижні. Вагітність протікає фізіологічно. Де має знаходитися дно матки?

- A. На рівні пупка.
- B. На середині відстані між мечовидним відростком і пупком.
- C. На 4 см нижче мечоподібного відростка.
- D. Під мечовидним відростком.

2. Першовагітна 25 років, остання менструація була 3.03.2015 року. Ворушіння плода відчуває з 2.08.2015 року. Визначте передбачуваний термін пологів:

- A. 10 листопада.
- B. 10 грудня.
- C. 10 січня.
- D. 30 грудня.

3. При зовнішньому акушерському дослідженні живіт вагітної має поперечно овальну форму, в лівій боковій стінці матки пальпується кругла, щільна частина плода балотується, в правій - велика м'яка частина плода, що не балотується. Серцебиття плода прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція і передлежання плода?

- A. Поперечне положення, II позиція, відсутня передлегла частина.
-

- В. Косе положення, I позиція, відсутня передлегла частина.
- С. Поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.
- Д. Поперечне положення, I позиція, відсутня передлегла частина

Правильні відповіді:

1 – В, 2 – В; 3 – Д

3. При первинному огляді вагітної діагностована вагітність 32 тижні. Вагітність протікає фізіологічно. Де має знаходитися дно матки?

- А. На рівні пупка.
- В. На середині відстані між мечовидним відростком і пупком.
- С. На 4 см нижче мечоподібного відростка.
- Д. Під мечовидним відростком.

4. Першовагітна 25 років, остання менструація була 3.03.2015 року. Ворушіння плода відчуває з 2.08.2015 року. Визначте передбачуваний термін пологів:

- А. 10 листопада.
- В. 10 грудня.
- С. 10 січня.
- Д. 30 грудня.

3. При зовнішньому акушерському дослідженні живіт вагітної має поперечно овальну форму, в лівій боковій стінці матки пальпується кругла, щільна частина плоду балотується, в правій - велика м'яка частина плоду, що не балотується. Серцебиття плоду прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція і передлежання плода?

- А. Поперечне положення, II позиція, відсутня передлегла частина.
- В. Косе положення, I позиція, відсутня передлегла частина.
- С. Поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.
- Д. Поперечне положення, I позиція, відсутня передлегла частина

Правильні відповіді:

1 – В, 2 – В; 3 – Д

3. Формування професійних умінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження).

- Зміст завдання (задачі, клінічні ситуації і т.д.)

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення хворої.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. На прийом до лікаря жіночої консультації прийшла жінка зі скаргами на відсутність менструацій протягом 3-х місяців. Пацієнтку також турбує нудота, відраза до м'ясної їжі, буває одноразова блювота вранці.

Вік 25 років, одружена, вагітностей не було. Менструації з 13 років, регулярні через 28 днів по 4-5 днів. При зборі анамнезу з'ясовано, що пацієнтка страждає хронічним тонзилітом, хронічним пієлонефритом. При огляді: пацієнтка правильної статури, задовільного харчування. Зріст 155 см, маса тіла 52 кг. Шкірні покриви і видимі слизові блідо - рожеві, чисті. Розміри тазу: 26-28-31-21 см. Індекс Соловйова 15 см. АТ 115/66 мм.рт.ст. Пульс 72 уд/хв. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

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

1. Діагноз. Вкажіть ймовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
2. Перерахуйте лабораторні та інструментальні дослідження, які слід виконати при першому зверненні вагітної до лікаря.

Відповідь:

1. Вагітність I, 12 тижнів. Відсутність менструацій протягом 3-х місяців, збільшення матки до 12 тижнів вагітності, ціаноз слизової шийки матки і піхви, розм'якшення матки, скорочення матки при пальпації.
2. Лабораторні дослідження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білка), посів сечі (виявлення безсимптомної бактеріурії), група крові та резус-належність, загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту, серологічне обстеження на сифіліс, тест на ВІЛ - інфекцію, тест на наявність HbsAg, мазок на цитологію, мазок на флору (за показаннями), УЗД.

2. Первістка Ж., 23 років надійшла в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на перейми, що розпочались 4 години тому. Перейми тривають 20-25 секунд, повторюються кожні 4-5 хвилин. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,7°C. АТ 120/80 мм рт.ст., ЧСС 80 в 1 хвилину.

Положення плоду поздовжнє, спинка обернута до лівої половини матки, передлежить голівка, яка розташована на 4 пальці вище симфізу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 156 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, зовнішнє вічко має діаметр 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка. Мис недосяжний, частково доступні пальпації термінальні лінії та внутрішня поверхня симфізу, окрім верхнього краю.

1. Діагноз
 2. Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?
-

Відповідь:

1. Вагітність I ,39-40 тиж. Повдовжнє положення, I позиція, передній вид головного передлежання. Пологи I, термінові, I період пологів. Латентна фаза.

2. У цієї роділлі темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів, так як за 4 години здійснилось згладжування шийки, а діаметр вічка склав 2 см.

Нетипові тестові задачі:

Вагітна 37 років, термін вагітності 36 тижнів. При зовнішньому акушерському дослідженні живіт вагітної має поперечно-овальну форму, у лівій бічній стінці матки пальпується кругла, щільна частина плоду, що балотує, у правій - об'ємна м'яка частина плоду, що не балотує. Серцебиття плоду прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція і передлежання плоду?

- А. Поперечне положення, I позиція.
- В. Права позиція, передній вид, головне передлежання
- С. Ліва позиція, задній вид, тазове передлежання
- Д. Права позиція, задній вид, головне передлежання

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтирні карти для формування практичних умінь і навичок і.т.д.)

1. Вплив шкідливих факторів на ембріон і плід.

- 3.1. Порушення розвитку ембріона і плоду поділяють на такі групи
- 3.2. Шкідливі фактори, що впливають на плід:

2. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності

- 4.1. Психологічні стани
 - 4.2. Дискомфортні стани
 - 4.3. Імунна система
 - 4.5. Центральна нервова система
 - 4.6. Серцево-судинна система
 - 4.7. Система крові
 - 4.8. Шлунково-кишковий тракт
 - 4.9. Обмін речовин
 - 4.10. Нирки
 - 4.11. Геніталії
 - 4.12. Маса тіла
 - 4.13. Кістково-м'язова система
-

Зміни в жіночому організмі під час вагітності:

Під час вагітності в організмі жінки відбуваються значні фізіологічні зміни, які забезпечують правильний розвиток плоду, готують організм до майбутніх пологів і годівлі. У цей непростий період навантаження на всі органи і системи організму жінки значно збільшується, що може призвести до загострення хронічних захворювань і розвитку ускладнень. Саме тому слід якомога раніше встати на облік в жіночій консультації, пройти всіх необхідних фахівців і здати аналізи. Це дозволить прийняти адекватні профілактичні заходи і підготуватися до пологів.

Серце.

Серцево-судинна система під час вагітності виконує більш напружену роботу, оскільки в організмі з'являється додаткове плацентарне коло кровообігу. Тут кровотік такий великий, що кожен хвилину через плаценту проходить 500 мл крові. Серце здорової жінки під час вагітності легко пристосовується до додаткових навантажень: збільшуються маса серцевого м'яза і серцевий викид крові. Для забезпечення зростаючих потреб плода в поживних речовинах, кисні і будівельних матеріалах в організмі матері починає збільшуватися обсяг крові, досягаючи максимуму до 7 місяця вагітності. Замість 4000 мл крові тепер в організмі циркулює 5300-5500 мл. У вагітних із захворюваннями серця це навантаження може викликати розвиток ускладнень, ось чому на терміні 27-28 тижнів їм рекомендується госпіталізація в спеціалізовані пологові будинки.

Артеріальний тиск.

Артеріальний тиск при нормальному протіканні вагітності практично не змінюється. Навпаки, у жінок, що мають його підвищення до або в ранні терміни вагітності, в середині вагітності воно зазвичай стабілізується і знаходиться в межах 100/60-130/85 мм.рт.ст. Це обумовлено зниженням тону периферичних кровоносних судин під дією гормону прогестерону. Однак в останньому триместрі вагітності артеріальний тиск може підвищуватися, досягаючи дуже високих значень. Високий артеріальний тиск (140/90 мм.рт.ст. і вище) є одним з ознак пізнього токсикозу вагітних. Цей стан дуже небезпечний і може вимагати екстреного розродження.

Легені.

У зв'язку із збільшенням потреби організму жінки в кисні під час вагітності посилюється діяльність легенів. Незважаючи на те, що в міру розвитку вагітності діафрагма піднімається догори і обмежує дихальні рухи легень, їх ємність зростає. Це відбувається за рахунок розширення грудної клітки, а також за рахунок розширення бронхів. Підвищення обсягу вдихуваного повітря під час вагітності полегшує виведення використаного кисню плодом через плаценту. Частота дихання не змінюється, залишається 16-18 разів на хвилину, злегка збільшуючись до кінця вагітності. Тому з появою задишки або інших порушень дихання вагітна обов'язково повинна звернутися до лікаря.

Нирки.

Нирки під час вагітності функціонують з великим напруженням, тому що вони виводять з організму продукти обміну самої вагітної та її зростаючого плоду. Крім того, вагітна матка, злегка повертаючись вправо, може викликати утруднення відтоку сечі з правої нирки. У цьому випадку підвищується ризик гідронефрозу, тобто розширення миски та чашок внаслідок надмірного накопичення в них сечі.

Органи травлення.

У багатьох жінок в перші 3 місяці вагітності спостерігаються зміни в органах травлення: з'являється нудота і блювота нерідко вранці (ознаки раннього токсикозу), міняються смакові відчуття, з'являється потяг до незвичайних речовин (глина, крейда). Печінка під час вагітності працює з більшим навантаженням, тому що знешкоджує продукти обміну самої жінки та плоду.

Суглоби.

Під час вагітності у жінок з'являється деяка розпушеність в суглобах. Особливо рухливими стають з'єднання тазу, що полегшує проходження плоду через нього під час пологів. Іноді розм'якшення тазових зчленувань настільки виражене, що спостерігається невелике розходження лонних кісток. Тоді у вагітної з'являються болі в області лона, «качина» хода.

Молочні залози.

Під час вагітності молочні залози готуються до майбутнього годівлі. У них збільшується число часточок, жирової тканини, покращується кровопостачання. Молочні залози збільшуються в розмірах, соски нагрубають.

Статеві органи.

Найбільші зміни під час вагітності відбуваються в статевих органах і стосуються головним чином матки. Вагітна матка постійно збільшується в розмірах, до кінця вагітності її висота сягає 35 см замість 7-8 см поза вагітністю, маса зростає до 1000-1200 г (без плоду) замість 50-100 г. Об'єм порожнини матки на кінець вагітності збільшується приблизно в 500 разів. Зміна розмірів матки відбувається за рахунок збільшення розмірів м'язових волокон під впливом гормонів плаценти. Кровоносні судини розширюються, кількість їх зростає, вони ніби обплітають матку. Спостерігаються нерегулярні скорочення матки, які до кінця вагітності стають більш активними і відчуються як «стиснення». Ці так звані перейми Брекстона-Хікса, відзначаються в нормі з 30ї неділі вагітності, розглядаються як тренування перед справжніми переймами в пологах. Положення матки змінюється відповідно до її розмірів. До кінця 3 місяця вагітності вона виходить за межі тазу, а ближче до пологів досягає підребір'я. Матка утримується в правильному положенні зв'язками, які потовщуються і розтягуються під час вагітності. Болі, що виникають по боках живота, особливо під час зміни положення тіла, часто викликані натягом зв'язок. Кровопостачання зовнішніх статевих органів посилюється, в піхві та на статевих губах можуть з'явитися варикозні розширені вени (такі ж варикозні вени можуть з'являтися також на нижніх кінцівках і в прямій кишці).

Збільшення маси тіла.

Ріст плоду і фізіологічні зміни в організмі вагітної впливають на її масу тіла. У здорової жінки до кінця вагітності маса тіла збільшується в середньому на 12 кг з коливаннями від 8 до 18 кг. Звичайно в першу половину вагітності вона збільшується на 4 кг, у другу половину - в 2 рази більше. Щотижнева збільшення маси тіла до 20 тижнів дорівнює приблизно 300 +30 г, з 21 до 30 тижня - 330 +40 г і після 30 тижнів до пологів - 340 +30 м. У жінок з дефіцитом маси тіла до вагітності щотижневі збільшення маси можуть бути ще більше.

Психологія жінки.

Крім фізіологічних змін в організмі, у вагітної жінки змінюється психічний стан. На відношення жінки до вагітності та пологів впливають різні чинники, в тому числі соціальні, морально-етичні, економічні та інші, а також особливості особистості самої вагітної.

У першій половині вагітності, багато жінок більше стурбовані власним здоров'ям, а в другій половині, особливо після появи ворухінь плоду, всі думки і турботи майбутньої мами спрямовані на благополуччя плода. Жінка може звертатися до дитини з ласкавими словами, вона фантазує, наділяючи його індивідуальними особливостями. Поряд з цим багато жінок свідомо відмовляються від деяких уподобань і звичок на догоду майбутнього материнства.

Також у вагітних можуть виникати різні побоювання і страхи. У цей період жінка може бути стурбована змінами в зовнішності, втратою привабливості, відносинами з чоловіком. Близькі родичі (особливо чоловік) повинні стати надійною опорою вагітної і постаратися забезпечити жінці психологічний комфорт. При вираженій тривозі, депресивному стані вагітної рекомендується звернутися за порадою до фахівця.

Гормони і вагітність.

Відомо, що під час вагітності в організмі відбувається досить багато змін, причому багато з них зумовлені гормональними змінами. Як же змінюються ці показники?

- **Показники крові під час вагітності**
- **Загальний аналіз крові**
- **Коагулограма.**
- **Біохімічний аналіз крові**

Топографія плода в матці.

Для уточнення розташування внутрішньоутробного плода в акушерстві запропоновані наступні терміни: членорозташування, положення, позиція, вид і передлежання.

Членорозташування (habitus) - відношення кінцівок і голівки плоду до його тулуба. При нормальному членорозташуванні тулуб плода зігнутий, голівка нахилена до грудної клітки, ніжки зігнуті в тазостегнових і колінних суглобах і притиснуті до живота, ручки схрещені на грудній клітці.

Положення плода (situs) - відношення осі плода до осі (длиннику) матки.

Ось плода - лінія, що проходить по спинці від потилиці до куприка.

Варіанти положення плода:

1. поздовжнє положення - вісь плода збігається з поздовжньою віссю матки;
2. поперечне положення - вісь плода і вісь матки перетинаються під прямим кутом; обидві великі частини плода розташовані над *crista iliaca*;
3. косе положення - вісь плода і вісь матки перехрещуються під гострим кутом, при цьому головка або тазовий кінець плода розташовані в одній з клубових ділянок, тобто нижче гребеня клубової кістки.

Позиція плода (*positio*) - відношення спинки плода до лівої (перша позиція) або до правої (друга позиція) сторони матки при поздовжньому положенні. При поперечному і Косимо положенні плода позицію визначають по відношенню голівки плоду до правої або лівої сторони матки (перша позиція - голівка в лівій стінці матки, друга - в правій).

Вид плода (*visus*) - відношення спинки плода до передньої і задньої стінки матки

1. передній вид - спинка плода звернена кілька кпереду;
2. задній вид - спинка плода звернена кілька кзаду

Предлежання плода (*praesentatio*) - відношення найнижче розташованої великої частини плода до родового каналу (до входу в малий таз). При поздовжніх положеннях має місце або головне (96%) або тазове передлежання (3,5%) .

Обстеження вагітної жінки

Об'єктивне обстеження вагітної жінки починається з *загального обстеження*, що проводиться за загальноприйнятими правилами, починаючи з оцінки загального стану, виміру температури, огляду шкірних покривів і слизуватих оболонок. Потім проводиться обстеження стану серцево-судинної, дихальної, травної, сечової, нервової й ендокринної систем. Необхідно підкреслити обов'язковість виміру артеріального тиску на обох руках, тому що при гестозах можлива його значна асиметрія.

Спеціальне акушерське обстеження складається з зовнішнього акушерського обстеження, внутрішнього акушерського обстеження і додаткових методів.

Зовнішнє акушерське обстеження включає:

1. Визначення окружності живота і висоти стояння дна матки.

Окружність живота вимірюють сантиметровою стрічкою на рівні пупка. Висоту дна матки вимірюють від верхнього краю симфізу до дна матки.

Дно матки на рівні симфізу	12 тиж.
На середині відстані між лоном і пупком	16 тиж.
На рівні пупка	24 тиж.
На середині відстані між пупком і мечоподібним відростком	30-32 тиж.
Досягає мечоподібного відростка	36 тиж.

Добуток величини окружності живота на висоту стояння дна матки дозволяє судити про передбачувану масу плоду.

2. Пальпацію живота вагітних проводять послідовно, застосовуючи чотири прийоми зовнішнього обстеження (**прийоми Леопольда**).

Щоб визначити розташування плода, в акушерстві використовують такі поняття:

Положення плоду – відношення поздовжньої осі плоду до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плоду:

- **поздовжнє – поздовжня вісь плоду і поздовжня вісь матки збігаються;**
- **поперечне – поздовжня вісь плоду перетинає поздовжню ось матки під прямою кутом;**
- **косе – поздовжня вісь плоду утворює з поздовжньою віссю матки гострий кут.**

Поздовжнє положення плоду є нормальним, воно зустрічається в 99,5% усіх пологів, поперечне і косе положення – патологічні (0,5% пологів).

Позиція плоду – відношення спинки плоду до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції: першу і другу. При першій спинка повернена вліво (2/3 випадків), а при другій – вправо (1/3 випадків). У поперечних і косих положеннях плода позицію визначають за розміщенням голови: голова ліворуч – перша позиція, праворуч – друга.

Вид позиції – відношення спинки плоду до передньої чи задньої стінки матки. Якщо спинка повернена вперед – це передній вид позиції, якщо назад – задній.

Членорозташування плоду – це відношення кінцівок і голови плоду до його тулуба. Нормальним є зігнуте членорозташування, а саме: голова зігнута і притиснута до тулуба, руки зігнуті в ліктьових суглобах, перехрещені між собою і притиснуті до грудей, ноги зігнуті в колінних і кульшових суглобах, перехрещені між собою і притиснуті до живота.

Передлежання плода – це відношення до площини входу в малий таз тієї частини плода, яка під час пологів першою опускається в малий таз (передлегла частина). Якщо над входом у таз перебуває голівка плода – передлежання головне, якщо тазовий кінець – тазове. Головне передлежання зустрічається в 96% пологів, тазове – у 3,5%. Якщо голова дещо зігнута до грудної клітки (тобто предлеглою частиною є потилиця плода) і вставляється в таз ділянкою малого тім'ячка – це є потиличне передлежання. Залежно від різних ступенів розгинання голови плода утворюються розгинальні передлежання – передньоголовне, лобове і лицеве.

Зовнішня пельвіометрія.

3. Аускультация плода.

Акушерським стетоскопом серцева діяльність плода визначається з початком другої половини вагітності. Стетоскоп ставиться в місце найбільш чіткого вислуховування серцебиття плода перпендикулярно передній черевній стінці. Серцебиття найбільш виразно вислуховується з боку спинки плода, при головному передлежанні – нижче пупка, при тазовому – вище пупка, ліворуч – при першій позиції, праворуч – при другій.

Норма частоти серцевих скорочень плода – 120-160 ударів у хвилину. Тони серця подвійні, ритмічні, не збігаються з пульсом вагітної.

Внутрішнє акушерське дослідження

Піхвове дослідження вагітної в обов'язковому порядку проводиться при

Нормальні (фізіологічні) пологи - це пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної у терміні вагітності 37-42 тижні, потиличному передлежанні плода, при задовільному стані матері та новонародженого після пологів. З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

1. Передвісники пологів:

- 1.1. опущення дна матки,
- 1.2. підвищення реакції матки на механічні подразники,
- 1.3. виходження із каналу шийки матки слизової пробки,
- 1.4. зниження ваги жінки на 1-1,5 кг,
- 1.5. зменшення кількості навколоплідних вод,
- 1.6. вставлення голівки у першонароджуючих жінок.

2. Прелімінарний період - це рідкі, слабкі переймоподібні болі внизу живота та в попереку, які виникають на тлі нормального тонуусу матки тривалістю до 6-8 годин, що призводять до пом'якшення, згладжування і відкриття шийки матки, розгортання нижнього маткового сегменту, опускання передлеглої частини плода.

Визначення початку пологів.

Перейми - це мимовільні скорочення м'язів матки. Проміжки між переймами називають паузою.

Регулярна пологова діяльність - наявність 1-2 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд, що приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

Біологічна готовність організму до пологів визначається за даними ступеня зрілості шийки матки:

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення	Позадю	Допереду	Середиче
Довжина шийки (см)	>2	1-2	<1
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якше на	М'яка
Стан зовнішнього рідня (см)	закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на >2см
Місце знаходження	Рухома над входом в	Притисне на до входу у	Притиснена або фіксована у вході

0-2 бала - шийка «незріла»

3-5 балів - шийка «недостатньо зріла» > 6 балів - шийка «зріла»

Біомеханізм пологів – це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи пологовим каналом.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – розгинання голівки в площині виходу.

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – додаткове згинання голівки плода.

Четвертий момент - розгинання голівки.

П'ятий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

Регуляція пологової діяльності

Початок пологів - результат поступової інтеграції зв'язку морфологічних, гормональних, біохімічних і біофізичних станів.

Клінічний перебіг пологів

Пологи ділять на три періоди:

Перший період розкриття шийки матки.

Другий - вигнання плода.

Третій - послідовий.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Біомеханізм пологів – це комплекс поступальних, обертальних, згинальних і розгинальних рухів, які робить плід, проходячи пологовим каналом.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – розгинання голівки в площині виходу.

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання складається з чотирьох моментів.

Перший момент – згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – додаткове згинання голівки плода.

Четвертий момент - розгинання голівки.

П'ятий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

Ведення пологів:

- оцінка ступеня прогнозованого ризику розвитку материнської та перинальної патології з метою визначення необхідного рівня допомоги в пологах;
- визначення плану ведення пологів та обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою;
- забезпечення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми;
- вільне положення роділлі під час пологів;
- знеболювання пологів за показаннями;
- оцінка стану дитини при народженні, проведення первинного туалету новонародженого та раннє прикладання до грудей матері, виконання принципів "теплого ланцюжка".

Прегравідарна підготовка включає:

- Припинення шкідливих впливів:
 1. Відмова від паління.
 2. Відмова від вживання алкоголю.
 3. Виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва.
 4. Уникнення психоемоційних перевантажень та стресів.
- Оздоровлення жінки та лікування хронічних захворювань:
 1. Нормалізація режиму праці та відпочинку.
 2. Створення сприятливих психоемоційних станів на виробництві та в сім'ї (побуті).
 3. Раціональне харчування.
 4. Регулярні фізичні навантаження (ранкова гімнастика, плавання, прогулянки, тощо).
 5. Санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, пієлонефрит тощо).
 6. Нормалізація маси тіла.
 7. Щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи.
 8. Вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері.
 9. Підготовка пацієнок з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - цукровий діабет: стійка компенсація вуглеводного метаболізму упродовж трьох місяців до запліднення та призначення фолієвої кислоти 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреїдного стану);
 - епілепсія (перехід на протисудомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800 мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину)
 - інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби).
 - виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

- **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, тести і т.д.**

Нетипові ситуаційні питання:

1. Поняття «фізіологічна вагітність»
 2. Зміни в ендокринній системі, які відбуваються при вагітності.
-

3. Зміни в статевих органах і молочних залозах, які спостерігаються при вагітності.
4. Сумнівні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
5. Ймовірні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
6. Діагностика вагітності в ранні терміни.

Діагностика вагітності в пізні терміни

4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, тести і т.д.

Нетипові ситуаційні питання:

1. Поняття «фізіологічна вагітність»
2. Зміни в ендокринній системі, які відбуваються при вагітності.
3. Зміни в статевих органах і молочних залозах, які спостерігаються при вагітності.
4. Сумнівні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
5. Ймовірні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
6. Діагностика вагітності в ранні терміни.
7. Діагностика вагітності в пізні терміни

Протоколи, стандарти, нормативні матеріали:

Клінічний протокол з акушерської допомоги «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» № 417 від 15.07.2011

I. Підведення результатів (критерії оцінки результатів навчання)

Задача 1.

У першороділлі, 23 років, діагностована гостра гіпоксія плода. В терміні вагітності 17-18 тижн підняла важку споруду, після чого почалися проблеми. Черговим лікарем, після огляду, була виконана операція порожнинних акушерських щипців, ручне відділення та видалення посліду. Операції проведені без знеболення. Після народження плода стан жінки погіршився: бліда, пульс 100 уд./хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Виділення з піхви кровянисті, помірні. При огляді пологових шляхів виявлено розрив шийки матки III ступення зліва та розрив стінки піхви зліва, що доходить до склепіння. Крововтрата 300,0 мл. Яке ускладнення зумовило погіршення стану породіллі.

Травматичний шок

Питання:

1. Встановіть попередній діагноз?
2. Алгоритм ведення жінки?
3. Перспективи лікування даної хворої?

Правильні відповіді:

1. Діагноз: Вагітність I, 17-18 тижн. Акушерський травматичний шок. Розрив шийки матки III ст., розрив піхви III ст.

2. Надати невідкладну допомогу із залученням спеціалістів, що знаходяться в пологовому будинку. Надати інформацію головному лікареві та начмеду.

3. При своєчасному наданні допомоги, та використанні всіх лікарських заходів, перспективи благоприємні.

Тестові завдання КРОК-2

Роділля 28-ми років доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологи перші. Розміри таза: 23-25-28-18 см. Ознака Генкеля-Вастена позитивна. Роділля збуджена, живіт напружений, болісний в нижніх відділах. Контракційне кільце на рівні пупка, розташоване косо. Голівка плода притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода - 140/хв. Яке ускладнення виникло у роділлі?

Поставте попередній діагноз:

- A. Дискоординація пологової діяльності
- B. Загроза розриву матки
- C. Розпочатий розрив матки
- D. Завершений розрив матки
- E. Надмірна пологова діяльність

Вагітна 21 року, поступила зі скаргами на періодичні носові кровотечі, петехіальні висипання на шкірі. Об'єктивно: матка в нормальному тонусі, положення плода повздовжнє, голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв. Лабораторні дані: тромбоцити – $10,0 \cdot 10^9$ /л, Нв – 118 г/л, еритроцити $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: I вагітність 37 тижнів, тромбоцитопенія. Вкажіть тактику ведення вагітної

Поставте попередній діагноз:

- A. Розпочати родозбудження, роди вести консервативно
- B. Пролонгувати вагітність, роди вести через природні родові шляхи з профілактикою кровотечі
- C. Провести кесаревий розтин ближче до терміну родів
- D. негайно родорозв'язати шляхом кесаревого розтину
- E. Провести кесаревий розтин одночасно зі спленектомією

Правильні відповіді: 1-В, 2- В

4. Підведення підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності 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. 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;
 - оцінювання: максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторного та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.



«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.
-----	---

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
2. 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., Марічерета В.Г., Волянська А.Г. - К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 696 с.
3. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
4. Невідкладні стани в акушерській практиці: практичне керівництво / А.Я. Сенчук, В.Г. Гінзбург, І.І. Чермак та ін.; за ред. проф. А.Я. Сенчука. – Київ: Фенікс, 2019. – 336 с.
5. Передчасні пологи: навч. посіб. / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок. 2023. – 186 с.
6. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
7. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
8. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. – 2017. – 1320 pp.
9. Obstetrics by Ten Teachers (20th ed) Louise C. Kenny, Jenny E. Myers. – CRC Press. – 2017. – 342 pp.

Додаткова:

1. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології: монографія / І.З. Гладчук, О.Я. Назаренко, Р.О. Ткаченко – Одеса: ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. Ситуаційні задачі з акушерства: навчальний посібник. / В.М. Запорожан, А.Г.Волянська, Г.Л. Лавриненко та інш.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. – Одеса: ОНМедУ, 2014. – 140 с
4. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

5. The model of screening for preeclampsia in the second and third trimesters of gestation / L. Berlinska, V. Marichereda, O. Rohachevskyi, A. Volyanska, G. Lavrynenko // Electronic Journal of General Medicine. - 2023 - 20(3), em473, <https://www.ejgm.co.uk>

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/>
 2. <https://www.ebcog.org/>
 3. <https://www.acog.org/>
 4. <https://www.uptodate.com>
 5. <https://online.lexi.com/>
 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
 8. <https://www.thelancet.com/>
 9. <https://www.rcog.org.uk/>
 10. <https://www.npwh.org/>
 11. <http://www.aagu.com.ua/> асоціація акушер-гінекологів України
-