

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
для здобувачів 4 курсу

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 221 «Стоматологія»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Стоматологія

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “27” серпня 2025 р.

Завідувач кафедри, професор _____



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

Д. мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Алла ВОЛЯНСЬКА

К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО

Д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Зінаїда ЧУМАК

К.мед.н. доцент кафедри акушерства та гінекології Ольга ШЕВЧЕНКО

Рецензенти:

Завідувач кафедри пропедевтики педіатрії, професор, д.мед.н.

Олена СТАРЕЦЬ

Доцент кафедри внутрішньої медицини №2, к.мед.н. Ігор ЛИСИЙ

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1
Тема: «ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ.
МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності. Засвоїти основні методи обстеження вагітних жінок.

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.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- **мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;**
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- **здатність виконувати медичні маніпуляції;**
- **здатність вести медичну документацію.**

Перелік дидактичних одиниць:

- критичні періоди розвитку ембріона та плода;
- вплив шкідливих факторів на ембріон та плід;
- фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності;
- гігієна та харчування вагітної;
- методи обстеження вагітних;
- топографія плода у матці;
- ведення фізіологічної вагітності.

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 мечоподібним відростком та пупком.
- C. На 4 см нижче мечоподібного відростка.
- D. Під мечоподібним відростком.
- E. Біля пупка

2. Першовагітна 25 років, остання менструація була 03.03.2015 року. Ворушіння плода відчуває з 02.08.2015 року. Визначте передбачуваний термін пологів:

- А. 10 листопада.
- В. 10 грудня.
- С. 10 січня.
- Д. 30 грудня.
- Е. 28 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 плода, що не балотується. Серцебиття плоду прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція та передлежання плода?

- А. Поперечне положення, ІІ позиція, відсутня передлегла частина.
- В. Косе положення, І позиція, відсутня передлегла частина.
- С. Поздовжнє положення, І позиція, головне передлежання.
- Д. Поперечне положення, І позиція, відсутня передлегла частина
- Е. Поперечне положення, І позиція.

Правильні відповіді: 1 – В; 2 – В; 3 – Д.

Типові 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 відраза до м'ясної їжі. При огляді за допомогою дзеркал звертає на себе увагу ціаноз слизової піхви та шийки матки. При бімануальному дослідженні: матка в гіперантефлексія, злегка збільшена, округла, розм'якшена, придатки не визначаються. Які можливі ознаки вказують на наявність вагітності?

Відповідь: Нудота, відраза до м'ясної їжі. Ціаноз слизової піхви та 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 бімануальному дослідженні: матка в гіперантефлексія, збільшена до розмірів гусячого яйця, в ділянці лівого кута випинання (асиметрія). Які ймовірні ознаки вказують на наявність вагітності?

Відповідь: Відсутність менструації, гіперантефлексія та 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 балотує. Щільна округла частина визначається в правому підребер'ї, спинка плода звернена вліво та назад щодо стінки матки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 140 ударів в хвилину зліва вище рівня пупка. Визначте позицію та вид плода?

Відповідь: Перша позиція, задній вид.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Фізіологічні зміни в організмі вагітної: центральна нервова система, серцево-судинна система, психологічні стани, шлунково-кишковий тракт, імунна система, система крові, обмін речовин, нирки, геніталії.
2. Сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
3. Ймовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
4. Достовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
5. Діагностика вагітності в ранні терміни.
6. Діагностика вагітності в пізні терміни.
7. Ведення фізіологічної вагітності.
8. Прегравідарна підготовка.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном/аспірантом), даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Нетипові 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 та 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 та піхви, піхва вузька, дно матки пальпується над лобковим симфізом, м'якої консистенції, при пальпації тонізується. Придатки не пальпуються. Виділення слизові.

Завдання: 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 ОМТ.

2. Першовагітна Ж., 23 років, прийшла на прийом в ЖК в терміні вагітності 39-40 тижнів. Скарг не пред'являє, відзначає відходження слизової пробки. Менструації з 14 років, регулярні, по 4-5 днів, через 26-28 днів. Соматично здорова. Розміри тазу 26-28-31-20 см. ОЖ 100 см, ВДМ 38 см, зріст 167 см, маса тіла 72 кг. Положення плода подвздошне, пальпується об'ємна, неправильної форми, м'якої консистенції частина плода, що не балатує, притиснута до входу в малий таз. Спинка плоду повернута вліво та допереду, праворуч пальпуються більш дрібні частини плоду. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв., вислуховується зліва вище пупка. Піхове дослідження: зовнішні статеві органи без особливостей, піхва вузька, шийка матки щільна, довжиною 2 см, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Виділення слизові, в помірній кількості.

Завдання:

1. Діагноз.
2. Визначте передбачувану масу плоду. У якому терміні вагітна жінка починає відчувати перше ворухіння плоду?

Відповідь:

1. Вагітність І, 39-40 тижнів. Повздошнє положення, І позиція, передній вид, тазове передлежання.
2. Передбачувана маса плоду: $100 \times 38 = 3800 \text{ гр} \pm 200 \text{ гр}$. Жінка, що народжує вперше, почитнає відчувати перше ворухіння плоду у 20 тижнів вагітності; жінка, що народжує вдруге – у 18 тижнів.

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, І позиція.
- В. Права позиція, передній вид, головне передлежання
- С. Ліва позиція, задній вид, тазове передлежання
- Д. Права позиція, задній вид, головне передлежання
- Е. Ліва позиція, передній вид, тазове передлежання

Правильна відповідь: 1-А.

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

Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності

Під час вагітності в організмі жінки відбуваються значні фізіологічні зміни, які забезпечують правильний розвиток плоду, готують організм до майбутніх пологів та годування.

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 кожную 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 та 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 перебігу 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 розпущеність 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 годування. В них збільшується число часточок, жирової тканини, покращується кровопостачання. Молочні залози збільшуються в розмірах, соски нагубають.

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. Щотижневе 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 г. У жінок з дефіцитом маси тіла до вагітності щотижневі збільшення маси можуть бути ще більше.

Психологічний стан 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 ворущинь 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.

Ознаки вагітності: ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

Сумнівні ознаки – це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім змін у внутрішніх статевих органах:

- суб'єктивні явища – нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові примхи (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди та ін.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість.
- об'єктивні явища – пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

Імовірні ознаки

Це такі ознаки як припинення менструацій у дітородному віці жінки, збільшення молочних залоз і виділення з сосків молозива чи молока.

До імовірних ознак також відносять дані гінекологічного обстеження: огляду зовнішніх статевих органів, огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального гінекологічного обстеження. При цьому можна спостерігати розпушення і ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки). Із ознак, які спостерігаються при дослідженні вагітної матки, найважливішими є такі.

Ознака Гентера: при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по її середній лінії, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні на шийку.

Ознака Горвіца-Гегара: при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло.

Ознака Піскачека: при вагінальному дослідженні контури дна матки і ділянки її кутів виявляються неправильними. Той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною.

Ознака Снегіррова: при вагінальному дослідженні вагітна матка внаслідок механічного подразнення починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.

До імовірних ознак вагітності належать імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі чи в плазмі крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ). ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Цей гормон складається з альфа-та бета-субодиниць. Виділення починається з 7-8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що

при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігаються позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7-10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) – 2-4 місяці. Нижня межа чутливості методу – 5 МО/л.

Достовірні ознаки є переконливим доказом наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода. До них належать ознаки, що виявляються при інтравагінальному ультразвуковому дослідженні. Інші вірогідні ознаки виявляються з 20 тижнів вагітності і не належать до ознак вагітності раннього строку.

Це такі ознаки:

- ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна);
- вислуховування серцевих тонів плода;
- розташування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок);
- визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

У теперішній час стандартом діагностики вагітності в ранні строки є поєднання двох методів:

- визначення бета-ХГЛ у плазмі крові, або ХГЛ у сечі;
- трансвагінальне ультразвукове дослідження.

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 та косому 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 кпереди;
2. задній вид - спинка плода звернена кілька кзади

Передлежання 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 слизових оболонок. Потім проводиться обстеження стану серцево-судинної, дихальної, травної, сечової, нервової та 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 та додаткових методів.

Зовнішнє акушерське обстеження включає:

1. Визначення окружності живота та 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 акушерського обстеження (**прийоми Леопольда**).
3. Зовнішня пельвіометрія.
4. Аускультация плода.

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

Норма частоти серцевих скорочень плоду – 110-170 ударів у хвилину. Тони серця подвійні, ритмічні, не збігаються з пульсом вагітної.

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 пацієнток 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-тироксинам 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.

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

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

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. На прийом до лікаря жіночої консультації звернулася жінка 37 років зі скаргами на відсутність менструації протягом 3,5 місяців, набухання і болючість молочних залоз, підвищення апетиту. Менструації з 13 років, встановилися

відразу, по 3-4 дні, через 21 день, безболісні, в значній кількості. Останні три роки менструації не регулярні, відзначає затримки на 1,5 - 2 місяці, до лікаря не зверталася. Статеве життя з 19 років. В анамнезі два самовільних викидня в термінах 8-9 і 14-15 тижнів і одні передчасні пологи в 35-36 тижнів, без ускладнень. На час огляду: пацієнтка правильної статури, помірного харчування. Шкірні покриви і видимі слизові звичайного окрасу, чисті. АТ 120/80 мм.рт.ст. на обох руках, пульс 76 ударів на хвилину, задовільних властивостей. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Експрес - тест на вагітність позитивний. При піхвовому дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, слизова піхви і шийки матки ціанотична, тіло матки в гіперантефлексії, перешийок розм'якшений, дно пальпується посередині між пупком і лобковим симфізом, при пальпації матка тонізується. Придатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові, у незначній кількості.

Завдання

1. Діагноз. Назвіть основні групи ознак діагностики вагітності.
2. На чому заснований лабораторний метод визначення вагітності?
3. В які терміни проводиться біохімічний скринінг, які параметри оцінюються?

Відповідь:

1. Вагітність IV, 15 - 16 тижнів. Всі ознаки вагітності поділяються на 3 основні групи: передбачувані, ймовірні і достовірні.
2. Лабораторний метод діагностики вагітності ґрунтується на визначенні в плазмі крові або сечі ХГЛ (β - субодиницю ХГЛ).
3. Біохімічний скринінг: I триместру на термінах вагітності від 11 тижнів. + 1 день до 13 тижнів. + 6 днів (РАРР-А, вільний β -ХГ); II триместру на термінах 16 - 20 тижнів. (АФП + вільний β - ХГ [double-test], або АФП + вільний β - ХГ + вільний естріол [triple-test]) з розрахунками індивідуального ризику наявності хромосомної і деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді - всім або за показаннями). Жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до груп високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

2. Повторновагітна жінка надійшла в акушерський стаціонар по направленню жіночої консультації. Перебуває на диспансерному обліку по вагітності з терміну 10 тижнів. Вагітність друга. Перша вагітність закінчилася пологами в строк. В даний час термін вагітності складає 30 тижнів. Перша половина вагітності ускладнилася загрозою переривання, проведена зберігаюча терапія в гінекологічному відділенні. При надходженні скарг не пред'являє. АТ 120/70 мм.рт.ст., пульс 78 уд./хв., задовільних властивостей. Набряків немає. Акушерський статус: матка в нормальному тонусі, відповідає терміну вагітності, ОЖ - 89 см, ВДМ - 30 см. Положення плода поздовжнє, голівка пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв., вислуховується праворуч у пупка. Ворушіння плода відчуває добре. В загальному аналізі крові гемоглобін 110 г/л, лейкоцити - 9×10^9 /л, ШОЕ - 29 мм/год. В аналізі сечі: відносна щільність 1015, білок 0,003 г/л, лейкоцити 0 - 2 в п/зору., Еритроцити 1 -2 в п/зору.

Завдання:

1. Діагноз. Вкажіть достовірні ознаки, що підтверджують вагітність.

2. Скільки разів і в які терміни необхідно проводити УЗД при нормальному перебігу вагітності?
3. В якому терміні вагітності оформляється допологова декретна відпустка? Яка її тривалість?

Відповідь:

1. Вагітність II, 30 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання, II позиція, передній вид.
Вислуховування серцебиття плода, пальпація живота з визначенням положення, передлежання, позиції та виду плоду, визначення ворушінь плода.
2. Перше УЗД - у строки вагітності від 11 тижнів. + 1 день - 13 тижнів. + 6 днів вагітності. Друге - в термін вагітності 18 - 21 тижнів. Проведення третього УЗД визначається індивідуально.
3. Допологова декретна відпустка видається тільки працюючим жінкам при вагітності терміном 30 тижнів. Тривалість допологової декретної відпустки 70 днів.

Тестові завдання КРОК-2:

1. 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?

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

2. 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 – $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$, Нв – 118 г/л, еритроцити $3,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: I вагітність 37 тижнів, тромбоцитопенія. Вкажіть тактику ведення вагітної

- 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 - B, 2 - B.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

Тема: «ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ І ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ»

Мета: Навчити визначати початок пологів, засвоїти план спостереження за роділлям в різні періоди пологів. Навчити оцінювати пологову діяльність. Сформувати навички оцінки новонародженого за шкалою Апгар. Навчити оцінювати перебіг раннього та пізнього післяпологового періоду. Знати заходи профілактики ускладнень у післяпологовому періоді.

Основні поняття: Передвісники пологів, прелімінарний період. Визначення початку пологів. Біомеханізми пологів при передньому виді потиличного передлежання. Клінічний перебіг пологів. Ведення пологів. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар. Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

- Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність 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:

- Передвісники пологів, прелімінарний період.
- Визначення початку пологів.
- Біологічна готовність організму до пологів, шкала Бішопа.
- Біомеханізми пологів при передньому виді потиличного передлежання.
- Регуляція пологової діяльності.
- Клінічний перебіг пологів. Ведення пологів.
- Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
- Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.
- Клініка та ведення післяпологового періоду.
- Концепція грудного виголювання.

Типові ситуаційні задачі:

1. До пологового залу поступила першороділля з доношеною вагітністю та скаргами на регулярні перейми по 45 секунд через 3 хвилини протягом 7 годин. За даними вагінального дослідження: шийка матки згладжена, тонка, відкриття маткового зіву до 6 см, плодовий міхур цілий. Який діагноз?

Відповідь: Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, перший період пологів, активна фаза.

2. Через 5 хвилин після народження плоду у роділлі матка відхилилася вправо і дно матки визначається на 3 см над пупком. Із вагіни спостерігаються помірні кров'яні виділення. Яка ознака відокремлення плаценти спостерігається?

Відповідь: Ознака Шредера.

3. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що нижній полюс голівки знаходиться на рівні інтерспінальної лінії. Яка ступінь вставлення голівки?

Відповідь: Великим сегментом у вході в малий таз.

Типові тестові завдання:

1. Одна з площин таза обмежена ззаду крижовим мисом, попереду - гребенями клубових кісток та верхнім краєм лонного зчленування, з боків - *lin. terminalis*. Який момент біомеханізму пологів робить плід в даній площині малого тазу?

- A. Не робить жоден з моментів.
- B. Зовнішній поворот голівки і внутрішній поворот плічок.
- C. Разгинання голівки.
- D. Згинання голівки.
- E. Внутрішній поворот плічок.

2. Голівка немовляти має доліхоцефалічну форму, витягнута спереду назад. На потиличній області визначається родова пухлина, розташована на середині відстані між великим і малим тім'ячком. При якому передлежанні голівки плода відбулися описані пологи?

- A. Лобному.
- B. Передньому вигляді потиличного.
- C. Лицьовому.
- D. Задньому вигляді потиличного.
- E. Передньоголовне.

3. Жінка, народжує вдруге, знаходиться в пологах 8 годин. Вилилися світлі навколоплідні води. Положення плода поздовжнє, голівка плода над входом в малий таз не визначається. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 140 уд/хв., над лобковим симфізом. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка згладжена, відкриття повне, плодовий міхур відсутній. Крижова впадина повністю заповнена голівкою. Сідничні ості не визначаються. Стріловидний шов в прямому розмірі таза. Велике тім'ячко біля лобкового симфізу. Почалися потуги. Який період пологів описано?

- A. I період.
- B. Кінець I періоду.
- C. Початок II періоду пологів.
- D. Кінець II періоду пологів.
- E. Початок III періоду

4. У першонароджуваної народився живий хлопчик масою 3200г, довжиною 50 см. Пуповина пересічена після припинення пульсації судин. При натисканні ребром долоні над лобковим симфізом відзначається втягування пуповини в піхву. Ознака використана для визначення відділення плаценти?

- A. Альфельда.
- B. Кюстнера-Чукалова.

С. Шредера.
D. Довженко.
Е. Клейна

Правильні відповіді: 1-D; 2-D; 3-C; 4-B.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Передвісники пологів, прелімінарний період.
2. Визначення ступеню зрілості шийки матки. Шкала Бішопа.
3. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
4. Причини початку пологів. Регуляція та оцінка пологової діяльності.
5. Періоди пологів. Тривалість їх у першо- та повторнонароджуючих.
6. Період розкриття шийки матки в пологах. Клініка, ведення.
7. Період вигнання плода. Клініка, ведення.
8. Послідовий період. Клініка, ведення послідовного періоду (активне ведення, очікувальна тактика ведення).
9. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
10. Первинний туалет новонародженого. Дотримання теплового ланцюжка.
11. Клініка та ведення післяпологового періоду.
12. Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
13. Концепція грудного вигодовування.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдання (задачі, клінічні ситуації тощо)

Інтерактивне завдання

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз та скласти план ведення пологів.

II підгрупа – скласти план ведення післяпологового періоду.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. В акушерське відділення доставлена вагітна в терміні 40 тижнів зі скаргами на ритмічний біль унизу живота і в попереку. Перейми тривалістю 30-40 секунд, за 10 хвилин фіксується 3 перейми. Теперішня вагітність перша, перебігала без ускладнень. Зріст 165 см, вага 68 кг. Артеріальний тиск 110/70 мм рт.ст., пульс 80 уд/хв. Положення плода повздовжнє, спинка плода зліва, передлежить щільна частина, що балотує. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що шийка матки згладжена, відкриття 7 см, передлежить голівка плода. Під час дослідження вилилися прозорі навколоплідні води.

■ Встановіть діагноз.

Вагітність I, 40 тижнів, повздовжнє положення, I позиція, передлежання головне. Пологи I своєчасні.

■ В якому періоді пологів роділля?

В активній фазі першого періоду пологів.

■ Як характеризувати вилиття навколоплідних вод?

Своєчасне.

2. У роділлі при обстеженні IV прийомом Леопольда встановлено, що потилична частина голівки не пальпується над входом у малий таз, а лицева виступає на два пальці. При обстеженні методом абдомінальної пальпації встановлена висота стояння голівки 2/5.

■ Яка ступінь вставлення голівки?

Великим сегментом у вході до малого тазу.

* Через 2 години 15 хвилин розпочались перейми потужного характеру, голівка плода зовнішніми прийомами не визначається.

■ В якому періоді пологів роділля?

В ранній фазі II періоду.

■ Де розташована передлегла частина?

В порожнині малого тазу.

* Народився живий доношений хлопчик: шкіра тулуба рожева, кінцівки ціанотичні, активно рухається, громко кричить, серцебиття 136 уд/хв.

■ Яка оцінка новонародженого за шкалою Апгар?

8 балів

■ Яким чином здійснюється нагляд за новонародженим?

Викласти новонародженого на живіт матері, обсушити сухою пелюшкою та накрити іншою сухою пелюшкою. Впродовж першої хвилини після народження здійснити клемування і перетин пуповини. Одягти шапочку, шкарпетки. Накрити ковдрою. Замінити клеми на затискач, видалити надлишок пуповини та драглів. Виміряти температуру тіла із записом у карту розвитку новонародженого. Здійснити профілактику офтальмії із застосуванням 0,3% розчину флоксалу або офтальмодеку.

* Після завершення другого періоду пологів, народження і відокремлення дитини, лікар обрав тактику активного ведення третього періоду пологів. Відразу приступив до тракції за пуповину та контракції матки до лона.

■ Яке порушення активної тактики ведення третього періоду пологів допустив лікар?

Активне ведення третього періоду пологів складається з наступних етапів:

1. Внутрішньом'язове введення утеротонику, переважно окситоцину у дозі 10 ОД
2. Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину
 - а. Тракцію слід починати лише за наявності скорочення матки
 - б. Тракцію слід проводити лише одночасно з контртракцією (відведення матки від лона другою рукою у напрямку, протилежному тракції)
3. Масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду доки вона добре не скоротиться.

Нетипові тестові завдання:

1. В якому розмірі площини входу в малий таз знаходиться стрілоподібний шов при передньому виді потиличного передлежання, І позиції після виконання згинання голівки?

- A. Прямому.
- B. Лівому косому або прямому.
- C. Правом косому або прямому.
- D. Правом косому або поперечному.
- E. Лівому косому.

2. В якій площині малого тазу закінчується внутрішній поворот голівки плоду при передньому виді потиличного передлежання, II позиції?

- A. Входу в малий таз.
- B. Широкої частини порожнини малого тазу.
- C. Вузької частини порожнини малого тазу.
- D. Вихід з малого тазу.
- E. Вхід в малий таз.

Правильні відповіді: 1-D, 2-D.

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

АЛГОРИТМ ведення фізіологічних пологів

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймальнооглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;
- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;
- запитує про відчуття рухів плода самою роділлею та проводять аускультацию серцебиття плода;
- проводить зовнішнє та внутрішнє акушерське дослідження: визначає положення, вид та позицію плода, характер пологової діяльності, розкриття шийки матки та період пологів, знаходження голівки плода відносно площин малого тазу;
- встановлює акушерський діагноз, визначає план ведення пологів та узгоджує його з жінкою, що народжує.
- пропонує жінці прийняти душ, одягнути чистий домашній одяг (за відсутності - лікарняну білизну); партнерові також потрібна зміна одягу на чистий домашній одяг (за відсутності - одноразовий комплект);
- роділлю та її партнера супроводжує в індивідуальну пологову палату.

Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів включає

наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плода: Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

- періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора;
- за показаннями - шляхом електронного фетального моніторингу (кардіотокографія)

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів. В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину.

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.

Передвісники пологів:

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

ПРЕЛІМІНАРНИЙ ПЕРІОД - це рідкі, слабкі переймоподібні болі внизу живота та в попереку, які виникають на тлі нормального тону мати 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:

- консистенція шийки матки,
- довжина її піхвової частини,
- положення шийки стосовно провідної осі таза,
- стан зовнішнього вічка,
- місце знаходження передлеглої частини плода.

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.

Клінічний перебіг пологів.

Пологи ділять на три періоди:

Перший період розкриття шийки матки.

Другий - вигнання плода.

Третій - послідовий.

З початком пологової діяльності вагітну називають родиллею.

Перший період пологів визначають від початку регулярних перейм (свідомо не контрольованих ритмічних скорочень маткового м'язу) до повного (10 см) розкриття шийки матки.

Латентна (прихована) фаза - проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Звичайно на цю фазу припадає, відповідно, 6-8 годин (у першонароджуючих) та 4-5 годин (у повторнонароджуючих).

Характеристика перейм в латентній фазі I періоду пологів:

- сила слабка-помірна,
- тривалість 15-20 секунд,
- частота 1-2 перейми за 10 хвилин,

Активна фаза - розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази: прискорення, максимального підйому та уповільнення. Підфаза прискорення у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години. Підфаза максимального підйому триває стільки ж годин відповідно. Підфаза уповільнення у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину. Уповільнення в кінці I періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Характеристика перейм в активній фазі I періоду пологів:

- сила помірна,
- тривалість 45-50 секунд,
- частота 3-5 перейми за 10 хвилин,

Другий період (період вигнання) від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду - від повного розкриття до початку потуг, та активну - безпосередньо фазу потуг.

Потуги (натуги) - ритмічне, свідомо кероване поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;

Характеристика потуг у II періоді пологів:

- сила помірна-сильна,
- тривалість 55-60 секунд,

- частота – через 1-1,5 хвилин,

Припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та, відповідно 3 та 2 години з епідуральною анестезією. Повноцінна потужна діяльність з'являється лише коли голівка знаходиться на тазовому дні (активна фаза).

- врізування голівки - поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;
- прорізування голівки - голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30 хвилин. Механізми відшарування нормально розміщеної плаценти:

- а) початок відшарування з центру плацентарної поверхні з вивертанням амніотичної оболонки назовні - механізм Шульцце,
- б) початок відшарування з краю з наступним згортанням плаценти навпіл - механізм Дункана.

Цілість посліду визначають візуально.

Крововтрата у послідовому періоді, що не перевищує 0,5% маси роділлі: вважається фізіологічною.

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".

Ведення першого періоду (період розкриття)

Зовнішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

Зовнішніми методами оцінити ступінь розкриття шийки матки можливо тільки приблизно. Орієнтовно про ступінь розкриття шийки матки в родах судять по висоті стояння контракційного кільця (границя між порожнім мускулом, що скорочується, і нижнім сегментом матки, що розтягується). Шийка матки при пологах звичайно буває розкрита на стільки, на скільки поперечних пальців контракційне кільце розташоване вище лонної дуги.

Внутрішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують при надходженні жінки до пологового відділення, через кожні 4 години під час першого періоду пологів та після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної

діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Показання до внутрішнього акушерського дослідження:

1. Кожні 4 години на протязі першого періоду пологів і кожну годину у другому періоді пологів.
2. Після розриву плідного міхура
3. Патологічна частота серцебиття плода (менш 100 та більш 180 уд/хв) для з'ясування причин, що можуть пояснити ознаки порушення його стану;
4. Випадіння пуповини з піхви;
5. При багатоплідній вагітності після народження першого плода;
6. При неправильному положенні плода, або підозри на вставлення голівки плода у вході до малого тазу у стані розгинання для з'ясування акушерської ситуації;
7. Затримка прогресу пологів у зв'язку з неефективністю маткових скорочень - для амніотомії та перед стимуляцією окситоцином;
8. Необхідність дострокового розродження (тяжка прееклампсія, антенатальна загибель плода та інша патологія).
9. При прийнятті рішення оперативного вагінального розродження (акушерські щипці, вакуумекстракція, екстракція плода за тазовий кінець)
10. Кровотеча після 22 тижнів вагітності (в умовах операційної).

Визначення ступеня вставлення голівки зовнішніми методами

Ступень вставлення голівки можна визначити IV прийомом Леопольда.

Рекомендований також метод абдомінальної пальпації, яким визначається висота стояння голівки плода на кількість поперечників пальців над симфізом:

5/5 - голівки плода розташування над симфізом на ширину 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого тазу;

4/5 - ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;

3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу;

2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу;

1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині тазу.

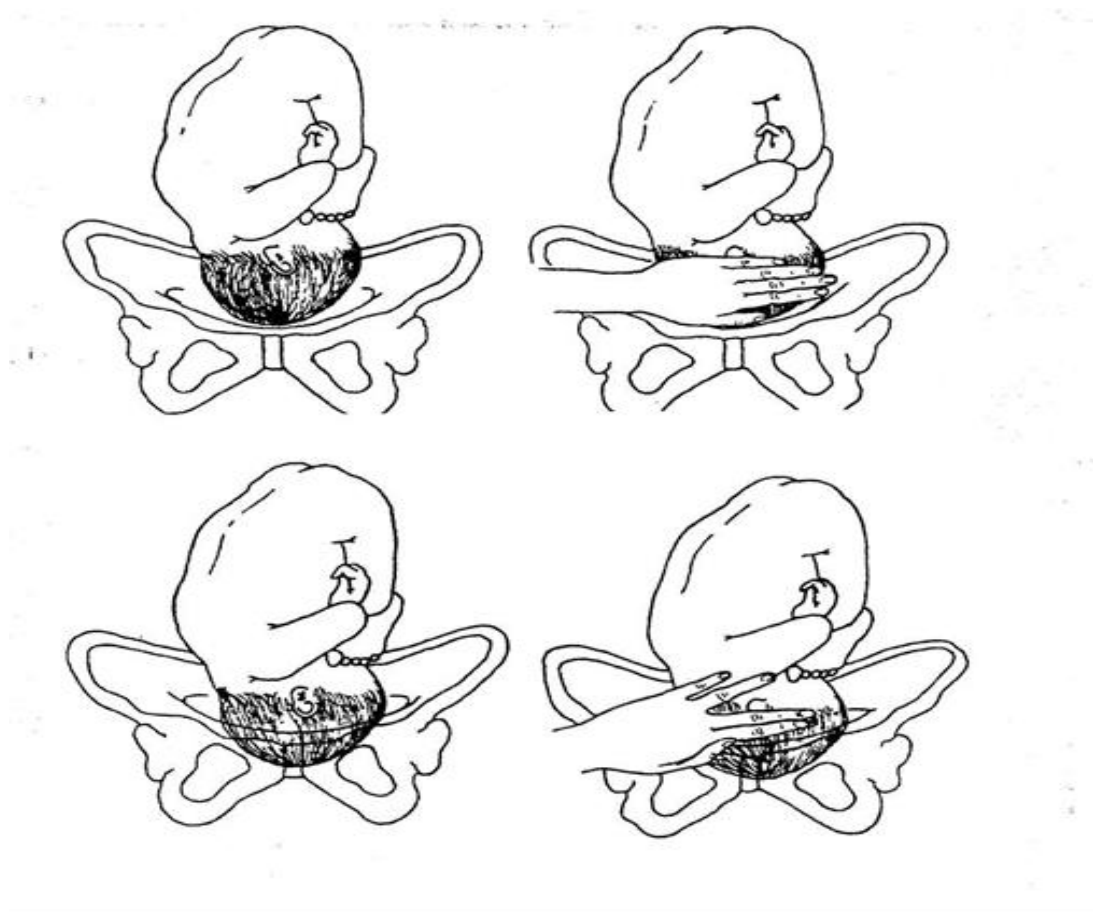


Рис1. Визначення ступеня просування голівки у порожнину тазу методом абдомінальної пальпації

Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження

- Голівка над входом у малий таз. Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.
- Голівка малим сегментом у вході в малий таз. Крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутим пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.
- Голівка великим сегментом у вході в малий таз. Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.
- Голівка в широкій частині малого таза. Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.

- Голівка у вузькій частині малого таза. Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.
- Голівка у виході таза. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Оцінка стану плода.

Стан плода в I періоді визначають за показниками серцебиття, кольору навколоплідних вод та конфігурації голівки.

- Серцебиття плода реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплерівського аналізатора або, за показаннями, фетального моніторингу (кардіотокографії).

Періодична аускультатія здійснюється в латентній фазі кожні 30 хвилин, в активній – кожні 15-20 хвилин згідно наступних правил:

- вагітна знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається негайно після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми; аускультатія триває протягом 60 секунд.

Частота серцевих скорочень плода в нормі має бути від 110 до 170 ударів за 1 хвилину. Різке збільшення ЧСС (більше 180 уд/хв), або її уповільнення (менше 100 уд/хв) з порушенням ритму є діагностичною ознакою порушення стану плода.

За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

- Колір навколоплідних вод визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява свіжого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

- Конфігурація голівки плода це процес пристосування її до пологових шляхів жінки. Ступені конфігурації голівки плода:

- Перша - кістки черепа зближені, торкаються одна одної,
- Друга - кістки помірно знаходяться одна на одну,
- Третя - кістки значно знаходяться одна на одну, у поєднанні з відсутністю

просування голівки по родовому каналу за наявності активної пологової діяльності є патологією.

Контроль за станом жінки:

- пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
- температура (кожні 4 години),
- сеча: об'єм; наявність білка або ацетону - за показами (кожні 4 години).

Ведення другого періоду пологів:

- вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;
- контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;
- контроль за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожну годину.

- проведення амніотомії, якщо не відбувається своєчасного вилиття навколоплідних вод.

Надання вільного положення жінки під час потуг сприяє більш динамічному проходженню плоду через пологові шляхи, при цьому найбільш ефективними є позиції сидячи навпочіпки, сидячи на стільці, стаючи, підтягуючись на дробинці, лежачи на боці.

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів: *активна та очікувальна*.

Активне ведення третього періоду пологів

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Контрольовані тракції за пуповину:

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лоном жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- злегка натягнути пуповину і дочекатись сильного скорочення матки (за звичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно при цьому продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона).
- якщо плацента не опускається (тобто не народжується) протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягнення; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.
- дочекатися поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х год., щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. При необхідності проводять повторний масаж.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

Акушерка після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, перетискає та перетинає пуповину. Проводиться ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - необхідно запропонувати жінці «натужитись», що призведе до народження посліду.

Якщо є ознаки відшарування плаценти, але вона не народжується застосовують консервативні методи виділення посліду (прийом Абуладзе)

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода - проводиться ручне відокремлення і виділення посліду.

В разі виникнення кровотечі - ручне відокремлення та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал).

Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1 та 5 хвилин після народження. Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлекс.

10-7 балів – задовільний стан новонародженого,

6 балів і нижче - свідчить про можливу асфіксію різного ступеня тяжкості.

За умови задовільного стану новонародженого, його викладають на живіт матері, проводять обсушування сухою пелюшкою та накривають іншою сухою пелюшкою.

Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.

Через 1 хвилину після народження здійснюють:

- клеювання й перетин пуповини,
- видалення слизу з ротової порожнини грушею, або електровідсмоктувачем,
- одягають шапочку, шкарпетки.

При задовільному стані дитини:

- укласти на груди матері і накрити разом з нею ковдрою для забезпечення умов "теплового ланцюжка",
- контакт "шкіра до шкіри" для активізації смоктального рефлексу дитини,
- прикладання до грудей (протягом перших двох годин),
- обробка пуповини,
- вимірювання температури тіла новонародженого із записом у картку розвитку новонародженого,
- профілактика офтальмії із застосуванням тобрекса і 0,3% флоксала.

Обов'язково проводиться спостереження в динаміці за станом дитини та породіллі, скороченням матки, характером виділень із пологових шляхів.

Через 2 години після народження дитина одягається у дитячий одяг (не сповивається!) та разом з матір'ю переводиться у післяпологове відділення на сумісне перебування.

Фізіологія післяпологового періоду

Післяпологовий період (puerperium) - починається відразу після закінчення пологів та триває протягом 42 днів. Протягом цього часу органи репродуктивної системи жінки повертається до стану, що існував до вагітності.

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

В організмі жінки відбуваються зміни, які призводять майже до повноцінного відновлення організму.

Клініка та ведення післяпологового періоду:

- перші дві години після пологів жінка знаходиться у індивідуальному пологовому залі під наглядом акушерки, лікаря акушера-гінеколога (при цьому може бути також присутній чоловік або хтось з родичів за бажанням жінки);

- знаходження дитини поряд із матір'ю у контакті «шкіра-до-шкіри», тепловий захист малюка;

- раннє прикладання новонародженого до грудей;

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

- оцінка крововтрати в ранньому післяпологовому періоді. Загальна крововтрата у послідовому та ранньому післяпологовому періодах в середньому дорівнює 250-300 мл, але не більше 0,5% від маси тіла жінки (не більше 500 мл).

Через дві години після пологів породіллю з малюком переводять до післяпологового відділення, де проводиться подальший нагляд за нею:

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться за наступних умов:

- Задовільний стан матері: відсутність скарг, стабільні показники гемодинаміки відсутність кровотечі відсутність ознак інфекції;

- Мати знає правила догляду та нагляду за дитиною;

- Мати проконсультована з питань годування новонародженого;

- Жінка проінформована щодо післяпологової контрацепції (МЛА);

Контрацепція грудного вигодовування:

- найбільш фізіологічним, природним способом годування новонароджених є грудне вигодовування;

- грудне вигодовування поліпшує перебіг адаптивного періоду, сприяє ставленню місцевого і загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування у новонародженого.

- годування новонародженого за вимогою.

Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).

- висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструальної кровотечі (аменорея),

- годування грудьми повинно початися одразу після пологів,

- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним, не менше 8-10 разів на добу,
- інтервал між годуванням вночі не повинен перевищувати 6 годин.

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

- Провести консультування жінки.
- Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного, стан здоров'я батька дитини).
- Огляд і пальпація молочних залоз вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних в гравідограми; вимірювання артеріального тиску, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла, вимірювання маси тіла, огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно вен, аускультация ЧСС плода.
- Внутрішнє обстеження
- Лабораторні дослідження
- Тактика і принципи ведення пацієнтки
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження
- Мультимедійна презентація по темі заняття.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Породілля А., друга доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,8°C, пульс ритмічний. Внутрішні органи без патологічних змін. Молочні залози дещо збільшились, гіперемії немає, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка щільна, безболісна, контури чіткі, дно розташоване на 14 см вище лона. Лохії кров'яністі у невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення не було.

Питання:

1. Діагноз.
2. Зміни маси матки в післяпологовому періоді.
3. Зміни характеру секрету молочних залоз в післяпологовому періоді.
4. Склад молозива.
5. Зміни у функціональному стані кишечника в післяпологовому періоді. Чи відповідає нормі стан кишечника у цієї породіллі?
6. Швидкість інволюції матки в післяпологовому періоді. Чи відповідає висота розташування дна матки у цієї породіллі другій добі післяпологового періоду?
7. Вкажіть необхідні відповідно добі післяпологового періоду лікарські призначення.

Відповіді:

1. Післяпологовий період, друга доба.
2. Зміни маси матки в післяпологовому періоді: відразу після пологів маса матки дорівнює 1000 г, к кінцю першого тижня – 500 г, другого – 350 г, третього – 200 г, к кінцю післяпологового періоду (на 6-8 – ому тижні) 50-70 г.
3. В перші 3-4 доби після пологів у породіллі секретується молозиво, до 15-17 доби – перехідне молоко, далі – секрет – істинне молоко зі стабільним составом.

4. В першу добу після пологів у породіллі секретується молозиво – густа, жовтувата, лужної реакції рідина з високим вмістом білків (2,25%), молочних кульок (жирові краплини), молочивних тілець (лейкоцити у стадії жирового переродження).

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

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

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

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

2. Породілля М., 10-а доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, скарг не має. Температура тіла 36,7°C, пульс ритмічний, 72 удару в 1 хвилину. З боку внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Молочні залози м'які, безболісні при огляді, ділянка ареоли не змінена. Матка скоротилась, дно над лоном не визначається. Лохії серозно-слизові, незначні. Випорожнення та сечовиділення вільні.

Питання:

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

Відповіді:

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

нормальних величинах, пульс в післяпологовому періоді ритмічний, доброго наповнення, частота 70-80 в 1 хвилину.

Тестові завдання КРОК-2

1. Пацієнтка 22-х років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на затримку менструації протягом 1,5 місяців, нудоту, втомлюваність, сонливість, дратівливість. В ході огляду на її обличчі та сосках виявлена виражена пігментація. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Під час огляду в дзеркалах визначається ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки; в ході бімануального дослідження – збільшення матки, її гіперантефлексія, асиметрія. З чим найімовірніше пов'язані перераховані скарги та дані бімануального дослідження.

- A. Захворювання шлунково-кишкового тракту
- B. Порушення менструального циклу
- C. Ектопічна вагітність
- D. Пухлина матки
- E. Маткова вагітність

2. У породіллі 22-х років після відходження вод з'явилися безперервні, дуже болючі перейми. Об'єктивно: розміри таза 25-28-31-21 см, маса плода – 4200 г. Матка постійно в тонусі, контракційне кільце на рівні пупка. Нижній сегмент матки болючий. При піхвовому дослідженні: шийка матки відкрита повністю, плідного міхура немає, голівка плода виповнює термінальну лінію, сагітальний шов в прямому розмірі. Серцебиття плода – 136/хв. Яка тактика лікаря буде найбільш доречною?

- A. Провести вакуум-екстракцію плода
- B. Накласти акушерські щипці
- C. Зробити комбінований поворот плода на ніжку, з наступною його екстракцією
- D. Виключити пологову діяльність та зробити кесарів розтин
- E. Зробити плодоруйнівну операцію

Правильні відповіді: 1 - E; 2 - D.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3
Тема: «РАННІ ГЕСТОЗИ ВАГІТНИХ.
ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ.
ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ».

Мета: Ознайомитись із показниками частоти ранніх гестозів та гіпертензивних розладів під час вагітності, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних втрат, пов'язаних з цією патологією. Сформувати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах. Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку ранніх гестозів та прееклампсії/еклампсії, їх ускладнень під час вагітності і в післяпологовому періоді. 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: Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність до визначення тактики та методів надання екстреної медичної допомоги;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування;
- гіпертензивні розлади під час вагітності: визначення, класифікація, лікування;
- прееклампсія: класифікація, діагностика, клініка, лікування;
- еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення.

Типові ситуаційні задачі:

1. В гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювання до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5°C. Об'єктивно: іктеричність склер та шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до

120 уд/хв., запах ацетону із рота, діурез знижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена протягом 4 діб терапія не призвела до поліпшення стану хворої. Поставте попередній діагноз.

Відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Блювота вагітних важкого ступеня.

2. Першовагітна 28 років надійшла з інтенсивною пологовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору, загальмованість. АТ 180/110 мм рт. ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 160 уд. за хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плоду в порожнині малого тазу. Яка тактика ведення даної пацієнтки?

Відповідь: Лікування тяжкої прееклампсії, термінове розродження за допомогою порожнинних акушерських щипців.

Типові тестові завдання:

1. Вагітна 35 років при в терміні гестації 34-35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ -160/100 мм рт. ст. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років страждає підвищенням артеріального тиску. Ваш діагноз?

- A. Астено-невротичний синдром
- B. Хронічна гіпертензія
- C. Гестаційна гіпертензія
- D. Помірна прееклампсія
- E. Тяжка прееклампсія

2. У вагітною при терміні гестації 37 тижнів генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт. ст., протеїнурія - 4 г/л. При УЗД виявлена гіпотрофія плоду. Яка патологія обумовлює таку клінічну картину?

- A. Астено-невротичний синдром
- B. Хронічна гіпертензія
- C. Гестаційна гіпертензія
- D. Помірна прееклампсія
- E. Тяжка прееклампсія

3. Першовагітна 28 років поступила з пологовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору. АТ – 180/110 мм рт. ст., значні набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 148 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду на тазовому дні. Виберіть тактику проведення пологів?

- A. Консервативне проведення пологів
- B. Стимуляція пологової діяльності
- C. Операція накладення акушерських щипців
- D. Кесарів розтин
- E. Плродоруйнівна операція

Вірні відповіді: 1-B; 2-E; 3-C.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- визначення поняття «ранній гестоз»;

- класифікація блювання вагітних за ступенем тяжкості;
- діагностика та контроль ефективності лікування блювання вагітних;
- лікування блювання вагітних;
- сучасна термінологія, визначення поняття «пreekлампсія»;
- фактори ризику виникнення пreekлампсії;
- дії медичного персоналу при пreekлампсії/еклампсії.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз та скласти план обстеження вагітної.

II підгрупа – скласти план ведення вагітної.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів надійшла зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, миготіння «мушок» перед очима, періодичні болі в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ - 170/115 мм рт. ст. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода 90-100 уд / хв, приглушено. У сечі білок - 5,3 г / л.

Завдання:

1. Поставте діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

1. Діагноз: Вагітність I, 38-39 тижнів, поздовжнє положення, головне передлежання. Важка пreekлампсія. Дистрес плода.

2. Ургентне оперативне розродження.

2. Першовагітна 28 років надійшла в пологовий будинок з пологовою діяльністю у терміні 36-37 тижнів вагітності. Пологи перші, положення плода продольне, головне передлежання. Перейми по 45-50 секунд, через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Роділля скаржиться на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок - 3,3 г / л. Серцебиття плоду до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Головка плоду в площині виходу з малого тазу.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Відповідь:

1. Діагноз: Вагітність I, 36-37 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання плоду. Пологи I. Тяжка пreekлампсія. Дистрес плоду.

2. Тактика ведення - накладання вихідних акушерських щипців, лікування тяжкої прееклампсії.

Нетипові тестові задачі:

1. У вагітної М., в 32 тижні з'явилися сильний головний біль, порушення зору, біль в епігастрії. На обліку не була, не лікувалась. Виражені набряки тіла, обличчя турбують протягом 2 тижнів. АТ 190/100 мм рт.ст. З'явилися посмикування м'язів обличчя, судоми. Викликана „швидка допомога“. Куди госпіталізувати вагітну?

- А. В пологовий будинок.
- В. В неврологічне відділення.
- С. В кардіологічне відділення.
- Д. В нефрологічне відділення.
- Е. В інфекційне відділення.

2. Вагітна М. в 37 тижнів вагітності, скаржиться на затруднене дихання через ніс, загальну набряклість тіла протягом тижня. АТ 190/120 мм рт.ст. В сечі – білок 3 г/л. Від госпіталізації відмовлялась. Раптом у неї з'явилися посмикування м'язів обличчя, які перейшли у тонічні та клонічні судоми. В свідомість прийшла через 3 хвилини. Який діагноз у вагітної?

- А. Еклампсія.
- В. Екламптична кома.
- С. Епілептичний напад.
- Д. Прееклампсія тяжкого ступеню.
- Е. Екламптичний статус.

3. Лікар-терапевт був викликаний до жінки в терміні вагітності 37 тижнів, яка скаржиться на головні болі, набряки, утруднене дихання через ніс, “мерехтіння мушок” перед очима. Об'єктивно: генералізовані набряки, АТ 190/110 мм рт.ст., білок в сечі 3,5 г/л. Який діагноз у вагітної?

- А. Помірна прееклампсія.
- В. Тяжка прееклампсія.
- С. Хронічна артеріальна гіпертензія.
- Д. Гестаційна гіпертензія.
- Е. Еклампсія.

Вірні відповіді: 1-А, 2-А, 3-В.

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

Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).

- Екстрагенітальні захворювання.
- Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
- Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки та виникнення патологічної імпульсації до ЦНС.

Блювання вагітних

За ступенем тяжкості розрізняють блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу). У 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

При визначенні тяжкості захворювання визначають клінічні прояви: загальний стан вагітної, сухість шкіри, жовтяничність склер та шкіри, наявність або відсутність апетиту, саливації, нудоти, частоту блювання та її інтенсивність, криву зниження маси тіла, ступінь зневоднення, пульс, артеріальний тиск, субфебрильну температуру, величину діурезу. Оцінка ступеню тяжкості блювання вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питому вагу сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубіну, креатініну в крові.

Для *діагностики* та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- визначення гематокриту та гемоглобіну;
- дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонові тіла, білок);
- біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові проби, креатінін);
- визначення рівня електролітів в крові (К, Na, Cl).
- визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

Лікування. При легкому ступені блювання нормалізація режиму вагітної жінки дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Надання рекомендацій щодо зміни способу життя: часте і дробове вживання їжі, щоб уникнути надмірного спорожнення або заповнення шлунка, уникати вживання продуктів, які уповільнюють моторику шлунка (з великим вмістом білків або жирів) чи мають інтенсивний запах та/або смак. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолодженому вигляді.

За умови неефективності консервативного підходу можна поетапно додавати інші методи лікування, такі як застосування вітаміну В₆ (піридоксину), безрецептурних антигістамінних препаратів (наприклад, доксиламіну), а також вживання натурального імбиру.

При блюванні вагітних помірного та тяжкого ступенів показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування. До появи стійкої здатності утримувати їжу, лікарські засоби потрібно вводити тільки парентерально. Для впливу на центральну нервову систему, як на основний патогенетичний чинник, з метою пригнічення збудливості блювотного центру призначають: етаперазин по 0,002 г, перорально, 3-4 рази на добу, 10-12 днів (якщо хвора утримує таблетки); торекан по 1,0 мл внутрішньом'язово, або 6,5 мг у вигляді драже або ректальних свічок 2 -3 рази на добу; дроперидол по 0,5 —

1,0 мл внутрішньом'язово 1—3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або перорально.

Лікарські засоби для лікування блювання вагітних:

- перша лінія – імбир, піридоксин;
- друга лінія – доксиламін, метоклопрамід;
- третя лінія – ондансетрон, преднізолон, метилпреднізолон, 0,9 % розчин натрію хлориду, 4 % розчин глюкози і 0,18 % натрію хлориду або 5% розчин глюкози, гіперосмолярні розчини електролітів, що містять 5 % ксилітолу або 5 чи 6 % сорбітолу.

З метою ліквідації гіпопротеїнемії та зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

Основні критерії ефективності – зменшення інтенсивності та припинення блювання, збільшення маси тіла, нормалізація показників аналізу сечі та крові.

Несприятливими прогностичними симптомами є: жовтуватий відтінок шкіри; температура тіла $>38^{\circ}\text{C}$ за відсутності інфекції; стійка тахікардія (>120 уд./хв); виражена білірубінемія; галюцинації, стан коми.

При сприятливому перебігу раннього гестозу його прояви знають не пізніше 12 тижнів вагітності.

Ускладнення надмірного блювання вагітних: енцефалопатія Верніке (дефіцит вітаміну В1); інсульт; церебральний венозний тромбоз (ЦВТ); геморагічний діатез (дефіцит вітаміну К); гостре ураження нирок; розрив стравоходу; значний вплив на емоційне та психологічне благополуччя (депресія); дисфункція плаценти з підвищеним ризиком народження дитини з низькою масою тіла, передчасні пологи; прееклампсія; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; серцево-судинні ускладнення (шлуночкова аритмія; подовження інтервалу Q–T, шлуночкова тахікардія); торакальні ускладнення (пневмоторакс, пневмомедіастинум, розрив діафрагми та випадки венозного тромбоемболізму); системні ускладнення (гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпохлоремія, гіпофосфатемія та дегідратація).

Профілактика ранніх гестозів полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища. Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивом, складають групу ризику акушерської і перинатальної патології (невиношування вагітності, пізній гестоз, плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, патологія новонародженого), що треба передбачати в профілактиці цих ускладнень.

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли сАТ ≥ 140 мм рт.ст. та дАТ ≥ 90 мм рт.ст. при двохкратному вимірі з інтервалом більше ніж 4 години АБО сАТ ≥ 160 мм рт.ст. та дАТ ≥ 110 мм рт.ст., при однократному вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині гестації.

- **Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).
- **Гестаційна гіпертензія (ГГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.
- **Поєднана преєклампсія** – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.
- **Рання преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.
- **Пізня преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.
- **Помірна преєклампсія** - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.
- **Тяжка преєклампсія** визначається як тяжка гіпертензія ($\text{сАТ} \geq 160$ або $\text{дАТ} \geq 110$ мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:
 - сильний головний біль;
 - порушення зору;
 - набряк диска зорового нерва;
 - біль в епігастральній ділянці
 - нудота, блювання;
 - біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
 - підвищені сухожилкові рефлексії;
 - генералізовані набряки;
 - олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год);
 - кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 / л;
 - підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
 - затримка росту плода.
- **Еклампсія** – один чи більше судомний напад, у хворої з преєклампсією.
- **HELLP-синдром** – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.
- *Ймовірно, є тяжкою формою преєклампсії, але цей взаємозв'язок залишається суперечливим; HELLP може бути самостійним розладом.*
- Щонайменше 15–20% вагітних з даною патологією не мають одночасної гіпертензії та протеїнурії, що дозволяє деяким авторам визнати, що синдром HELLP є окремим від преєклампсії розладом.

- Як тяжка преєклампсія, так і HELLP-синдром можуть асоціюватися із серйозними пошкодженнями печінки, включаючи інфаркт, крововилив та розрив.
- HELLP-синдром розвивається приблизно під час 0,1–0,8% вагітностей, але у 10–20% жінок – з тяжкою преєклампсією/еклампсією.
- Пацієнтки з HELLP-синдромом входять до групи найвищого ризику материнської захворюваності та смертності (до 75%). Перинатальна смертність складає 79%
- Фактори ризику: преєклампсія або HELLP в анамнезі; сестри та нащадки жінок з синдромом HELLP в анамнезі також мають підвищений ризик розвитку даного синдрому.
- Патогенез HELLP-синдрому залишається невизначеним.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок $\geq 0,3$ г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 .

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Преєклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж преєклампсія з набряками.

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ ПРЕЄКАМПСІЇ/ЕКАМПСІЇ

1.	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		Час, хв
2.	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.		
	На лівому боці під кутом щонайменше 15 - 30° або ручне зміщення матки в лівий бік	Після судом – поза виживання та/або відновлення	
3.	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт.ст. та/або судамах («тривожна кнопка», телефон, персонал)		
4.	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)		
5.	Катетеризація периферичної вени, катетер 16-18 G, а при АТ $\geq 180/100-110$ мм рт.ст. – катетеризація 2-х вен для введення магнію сульфату та урапідилу.		
6.	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, АЧТЧ, ПТВ), резус-фактору (за відсутності), приліжковий тест.		
7.	Магнію сульфат- попередження судом та/або контроль судом*:		
	Болос (навантаж. доза) + Підтримуючий режим:		Корекція дози:
8.	16 мл 25% розчину магнію сульфату(4 г)+ 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду - при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хв. - при судамах – за 5 хв. ** - при повторі судом – 1/2 дози (2 г) за 5 хв.***	30 мл 25% р-ну магнію сульфату(7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду: 1 г/год. (= 10 крап./хв. = 0,5 мл/хв.) (24 години після розродження або останнього приступу) Макс.добова доза – 32 г магнію сульфату Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!!	ЧД > 16 ; кількість сечі > 25 мл / год. Продовжити інфузію магнію сульфату ЧД > 16 ; кількість сечі 10– 25 мл/год. Дозу магнію сульфату зменшити в 2р. ЧД < 16 ; кількість сечі < 10 мл / год. Припинити інфузію магнію сульфату
При передозуванні магнію сульфату – припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв.!!!			

8.	Антигіпертензивна терапія:			
	АТ ≥ 150/90 мм рт.ст.		АТ ≥ 180/100-110 мм рт.ст.	
	Ніфедипін 1 табл. (10 мг) розжувати; повторити через 20 хвилин 20 мг, якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/доб.) або 3–5 крапель під язик; повторити через 5 хв., якщо неадекватна відповідь (макс.: 10–15 крапель/доб.). Метилдофа 250-500 мг 3-4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ		Урапідил. Болус: 2 – 5 мл (10 – 25 мг) в/в. Не розводити !!! Можна повторити болусну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хвилин до досягнення АТ 160–150/100–90 Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду (співвідношення 1:10) або для перфузора – 4 мл урапідилу + 40 мл 0,9% розчину натрію хлориду 6-9 мг / год. (= 7 крап./хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ 150/100-90 мм рт. ст.	
9.	Викликати лаборанта Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура (після седації жінки) – ЗАС (білок) Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст) – за необхідності!			
10.	Моніторингування стану жінки (дані фіксуються в листу спостереження) + Моніторингування ЧСС плода кожні 15 хв. АБО безперервна КТГ			
	Дихальні шляхи	Оцінка АТ і ЧСС	Контроль балансу рідини	Моніторинг при введенні магнію сульфату:
	При відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання - подача кисню через маску або канюлю 4 – 6 л/хв. При відсутності дихання – ШВЛ, сатурація O ₂ , аускультация легень	При еклампсії або при АТ ≥ 160/110 – кожні 15 хв. При стабілізації АТ - кожні 4 год.	Введення рідини 60 – 80мл/год. Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень. При діурезі ≤100 мл за 3 – 4 год. – катетеризація центральної вени (під УЗ контролем) + моніторинг ЦВТ	Кожні 30 хв. – колінні рефлекси, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації O ₂ (не нижче 95%) Кожні 24 год. – ЕКГ
11.	Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної: Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!!*			
Діазепам показаний при: 1) судобах, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації магнію сульфатом. ** Якщо була попередня терапія магнію сульфату – болусна доза 2 г за 5 хв. *** Альтернативою повторній болусній дозі магнію сульфату при повторенні судом є діазепам в/в 2 мл (10 мг), впродовж 2 хвилин в 10 мл 0,9% р-ну натрію хлориду. Якщо судоми відновились або не припинилися – повторити 2 мл (10 мг). При перевищенні дози 30 мг за 1 год. може виникнути пригнічення або зупинка дихання! Максимальна доза – 100 мг за 24 години!				

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

- проводити огляд, зовнішнє акушерське дослідження;
- проводити аускультацию серцебиття плода;
- проводити внутрішнє акушерське дослідження (на фантомі);
- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх та пізніх гестозах;
- оцінювати результати клініко - лабораторних досліджень у вагітної при ранніх та пізніх гестозах;
- надавати першу допомогу при нападі еклампсії;
- усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки;
- мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна М., 30 років, надійшла в пологовий будинок зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, погіршення зору, набряки на нижніх кінцівках, передній черевній стінці. Термін вагітності 38 тижнів.

Перша вагітність закінчилася медичним абортom за бажанням жінки при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. Перша половина вагітності перебігала без ускладнень. В останні 3 тижні з'явилися набряки на ногах. Консультацію не відвідувала.

Загальний стан середнього ступеня тяжкості, збуджена, АТ 180/120, 175/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки.

Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 150 уд/хв праворуч, нижче пупа. Під час зовнішнього акушерського дослідження лікар помітив фібрилярні сипання мимічної мускулатури та верхніх кінцівок.

Аналіз крові: Нb - 126 г/л; Ht - 41%, тромбоцитів 155×10^9 /л. Аналіз сечі: протеїнурія 4,5 г/л, циліндрурія.

Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Яка лікарська тактика в даному випадку?
3. З чим необхідно проводити диференційну діагностику при даній патології?
4. Протягом якого часу після пологів повинна тривати магнезійна терапія?

Відповідь:

1. Вагітність II, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. II позиція, передній вид. Еклампсія.

2. Тактика лікаря: зафіксувати час та покликати колег на допомогу; захистити жінку від пошкоджень, утримуючи її під час судом; підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення.

Після судом, за необхідності, електровідсмоктувачем очистити ротову порожнину та гортань. Провести аускультацию легень. Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво на 15-20°. Забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, пульсоксиметрія, аускультация легень для виключення аспірації або набряку легень. За умови розвитку тривалого апное негайно розпочати примусову вентиляцію маскою з подачею 100% кисню. Якщо судом повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти (2 мг/кг суксаметонію) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легень (ШВЛ). Після нападу негайно розпочати терапію магнієм сульфату (ввести болюс 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год). Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин, не використовувати діазепам в якості альтернативи магнію сульфату. Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам 5-10 мг в/в (2-5 мг за хв, максимум 10мг), АБО мідозолам 5-10 мг в/в протягом 2-5 хв, АБО клоназепам 1–2 мг в/в протягом 2–5 хв. Провести АГТ (ніфедипін (у краплях або таблетках, які слід розжовувати), урапідил парентерально або бета-адреноблокатори парентерально) Прагнути знизити сАТ до 130–150 мм рт.ст. і дАТ до 80–90 мм рт.ст. Після нападу судом показане невідкладне розродження шляхом операції кесарів розтин.

3. Диференціальний діагноз проводять з епілепсією, гострим порушенням мозкового кровообігу, енцефалітом, менінгітом, розривом аневризми мозкових судин, істерією, уремичною комою.

4. Магнезійна терапія повинна тривати не менше 48 годин після пологів.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2025) Жінка віком 34 роки, в терміні вагітності 32 тижні, скаржиться на біль у ділянці епігастрію. Об'єктивно спостерігається: АТ 160/90 мм рт. ст., пульс – 102 уд/хв, матка в нормотонусі, серцебиття плода звучне, ритмічне, 164/хв. В аналізі крові: гемоглобін – 86 г/л, еритроцити – $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоцити – $80 \cdot 10^9$ /л, креатинін – 120 мкмоль/л, білірубін – 32 мкмоль/л, АЛТ – 225 Од/л, АСТ – 215 Од/л. в аналізі сечі: колір темний, уробілін – 32 мкмоль/л. Який найімовірніший діагноз?

- А. Тяжка прееклампсія
- В. Помірна прееклампсія
- С. Гастродуоденіт
- Д. Анемія вагітних
- Е. HELLP-синдром

2. (2025) Вагітну жінку віком 22 роки шпиталізовано в тяжкому стані зі скаргами на появу набряків, головний біль, нудоту, одноразове блювання. Об'єктивно спостерігається: свідомість потьмарена, АТ - 160/130 мм рт. ст., дрібні фібрилярні посмикування м'язів обличчя, утруднене носове дихання. Під час транспортування почалося посмикування верхніх кінцівок, тіло жінки витяглося, хребет вигнувся, щелепи щільно стиснулися, дихання припинилося. Після цього з'явилися клонічні судоми, виражений ціаноз. Потім судоми припинилися, з'явився глибокий шумний вдих, на губах виступила піна, забарвлена кров'ю. Який найімовірніший діагноз?

- А. Гіпертонічний криз
- В. Епілепсія
- С. Діабетична кома
- Д. Еклампсія
- Е. Хорея

3. Вагітна 37 тиж., втратила свідомість, з'явилися судоми, АТ – 180/100 мм рт ст. Набряки гомілок. ЗАС: білок – 3,33 г/л. На очному дні застійні явища. Набряк сосків очного нерву. Яку з наведених комбінацій медикаментозних засобів доцільно застосувати в цьому випадку?

- А. Магнію сульфат, ніфедипін
- В. Ніфедипін, фуросемід
- С. Нітропрусид натрію, хлордіазетоксид
- Д. Еналаприлат, торсемід
- Е. Каптоприл, клонідин

Правильні відповіді: 1 – Е; 2 – Д; 3 – А.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

Тема: «ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ

Мета: Ознайомити, поглибити й систематизувати знання за темою практичного заняття (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, диференціальна діагностика «гострого живота» в гінекології). Засвоїти план обстеження та лакування пацієнтки з «гострим животом».

Основні поняття: Позаматкова вагітність, апоплексія яєчника. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність до визначення тактики та методів надання екстреної медичної допомоги;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- позаматкова вагітність: клініка, діагностика, тактика ведення;
- апоплексія яєчника: клініка, діагностика, тактика ведення;
- невідкладна допомога пацієнтці з «гострим животом».

Типові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 18 років, була доставлена швидкою допомогою в лікарню зі скаргами на постійні болі тягнучого характеру внизу живота зліва. Захворіла гостро близько 3 годин тому після статевого акту, коли з'явилися болі внизу живота зліва. Остання менструації почалася 14 днів тому, пройшла в термін, без особливостей. Вагітностей в анамнезі не було. Контрацепція бар'єрна. Близько 6 місяців тому лікувалася в гінекологічному стаціонарі з приводу гострого запалення додатків матки. З соматичних захворювань: хронічний бронхіт. Бімануальне дослідження: матка нормальних розмірів і консистенції, безболісна. Праві додатки не визначаються. Зліва - пальпується незначно збільшений, щільний, болючий яєчник. Склепіння глибокі, безболісні. Параметрії вільні. Встановіть попередній діагноз?

Відповідь: Апоплексія лівого яєчника, больова форма.

2. Хвора А. 27 років звернулася до лікаря, зі скаргами на періодичний біль внизу живота переважно зліва протягом двох днів, незначні темно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів, затримку менструації на 12 днів. Остання менструація 45 днів тому (затримка 12 днів). У шлюбі з 21 року. Вагітностей не було, контрацепцію сімейна пара не застосовує. Об'єктивно: загальний стан

хворої задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Температура тіла 36,6 °С. Пульс – 78 уд./хв, АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт не вздутий, бере участь в акті дихання; при пальпації м'який та безболісний на всьому протязі. Ознаки подразнення очеревини відсутні. Фізіологічні відправлення без особливостей. Гінекологічне дослідження: шийка матки конічної форми, епітелій не змінений, ціанотичний. Зовнішнє вічко закрите. З цервікального каналу – незначні темно-кров'яністі виділення. Бімануальне обстеження: тіло матки дещо збільшене в розмірах, відносно рухливе, безболісне при пальпації. У ділянці лівих додатків матки пальпується утворення тістуватої консистенції з нечіткими контурами розміром 4,5х5,0х4,5 см, обмежено рухливе, болісне при пальпації. Праві додатки матки не пальпуються. Піхвові склепіння глибокі. Виділення зі статевих шляхів незначні, темно-кров'яністі. Встановіть попередній діагноз?

Відповідь: Прогресуюча лівобічна трубна вагітність.

Типові тестові завдання:

1. Пацієнтка 26 р., скаржиться на біль внизу живота, мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Менструації регулярні, затримка місячних протягом 2 тижнів. Тест на вагітність позитивний. Об'єктивно: різка болючість при зміщенні шийки матки. Матка дещо збільшена. В ділянці правих додатків - видовжене утворення м'якувате, болюче при пальпації. Зі статевих шляхів – незначні кров'яністі виділення. Ваш діагноз?

- A. Порушена трубна вагітність
- B. Маткова вагітність
- C. Апоплексія яєчника
- D. Гострий аппендицит
- E. Гострий аднексит

2. До жіночої консультації звернулася хвора 20 років, зі скаргами на затримку менструацій на 10 днів. Порушення менструальної функції вперше. Статеве життя регулярне, контрацепцію не застосовують. При огляді: стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 120/80 мм рт.ст., пульс 72 уд. в хв. При трансвагінальній ехографії запідозрена прогресуюча трубна вагітність. Якою буде тактика лікаря жіночої консультації?

- A. Провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви
- B. Направити хвору для оцінки ХГЛ
- C. Рекомендовано повторно з'явитись через тиждень для контрольної УЗД
- D. Провести обстеження по тестам функціональної діагностики
- E. Терміново госпіталізувати хвору

3. До гінекологічного стаціонару звернулася жінка 36 років зі скаргами на значну кровотечу зі статевих шляхів та затримку менструації на місяць. Бімануальне дослідження: шийка матки бочкоподібної форми, м'якої консистенції. Матка звичайних розмірів, дещо розм'якшена. Додатки без особливостей з обох сторін. Дослідження в дзеркалах: шийка матки синюшна, збільшена у розмірах, зовнішнє вічко розкрите до 0,5 см. Дослідження сечі на ХГ - позитивне. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Аборт у ході
- B. Маткова вагітність

- C. Шийкова вагітність
- D. Загроза переривання вагітності
- E. Позаматкова вагітність

Правильні відповіді: 1 – А; 2 – Е; 3 - С

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- Поняття «гострий живіт» в гінекології.
- Позаматкова вагітність: визначення, класифікація.
- Позаматкова вагітність: клінічні ознаки в залежності від локалізації ектопічної вагітності, діагностика.
- Позаматкова вагітність: лікування; тактика ведення.
- Апоплексія яєчника: визначення, класифікація.
- Апоплексія яєчника: клінічні ознаки в залежності від форми апоплексії яєчника, діагностика.
- Апоплексія яєчника: лікування, тактика ведення.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти в групі ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік у кожній. Працюємо в кабінетах з муляжами, після наведеної ситуаційної задачі, даємо завдання:

I підгрупа – повинна поставити клінічний діагноз та скласти план обстеження пацієнтки.

II підгрупа – скласти алгоритм подальшого ведення пацієнтки.

III підгрупа – оцінює відповіді I та II підгруп й інносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі

1. Хвора М. 28 років, доправлена екстрено у гінекологічне відділення зі скаргами на біль внизу живота, що раптово виник, який іррадіює в стегно, пряму кишку, лопатку та ключицю, а також на нудоту, запаморочення, загальмованість, темно-кров'яністі виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації протягом 4 тиж. Захворіла раптово на роботі. Остання менструація 8 тиж. тому. Статеве життя з 17 років. Одружена. Вагітності не запобігає. Була одна вагітність 4 роки тому, яка закінчилася медичним абортom. Об'єктивно: загальний стан хворої тяжкий. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Виступає холодний піт. Дихання часте, поверхнєве. Язик чистий, вологий. Кінцівки холодні на дотик. Під час огляду втратила свідомість. Температура тіла 36,4°C. Пульс – 96 уд./хв, слабкого наповнення, АТ – 85/55 мм рт. ст. Шоковий індекс Альговера – 1,13. Живіт помірно роздутий, при пальпації болісний у нижніх відділах. Симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний, відмічається симптом Куленкампа. При перкусії живота – притуплення перкуторного звуку. Гінекологічне дослідження: шийка матки конічної форми, епітелій цілий, ціаноз

слизової оболонки піхви і шийки матки. З цервікального каналу – темні незначні кров'яністі виділення. Бімануально: екскурсії шийки матки різко болісні, симптом Промптова – позитивний. Тіло матки дещо збільшене, розм'якшене, болісне при зміщенні, визначається симптом «плаваючої матки». У ділянці лівих додатків матки пальпується тугоеластичне утворення розміром 5,0х6,0х5,0 см, різко болісне. Додатки матки справа не пальпуються. Заднє склепіння нависає та різко болісне при пальпації («крик Дугласа»). Виділення зі статевих шляхів темно-кров'яністі, незначні.

Завдання:

1. Встановіть попередній діагноз?
2. Визначте алгоритм дії лікаря?

Відповіді:

1. Порушена лівобічна трубна вагітність за типом розриву маткової труби. Внутрішньочеревна кровотеча. Геморагічний шок II ст.

2. Алгоритм дії лікаря: госпіталізація до стаціонару; лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, коагулограма, біохімічне дослідження крові); електрокардіограма; УЗД органів малого таза; визначення рівня β -ХГЛ; у стаціонарах, де відсутня можливість лапароскопічної діагностики, проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння (кульдоцентез). При отриманні кров'яного випоту – ургентна лапаротомія, тубектомія, санація та дренування черевної порожнини. У стаціонарах, де є можливість проведення лапароскопічної операції, використовують лапароскопію як метод діагностики та лікування (лапароскопічна тубектомія); відновлення об'єму циркулюючої крові.

2. Хвора О. 26 років, звернулась в гінекологічне відділення зі скаргами на періодичні болі в правій пахвинній ділянці, нудоту, мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкість. Остання менструація півтора місяці тому, вперше відзначає затримку місячних. Протягом трьох років від вагітності не оберігається. Соматично здорова. Протягом останньої доби турбують періодичні болі в правій пахвинній ділянці, вночі вони посилилися, стали віддавати в задній прохід, з'явилася нудота. Кров'яністі виділення посилилися. Об'єктивно: стан задовільний. Температура 37,0°C. Пульс 96 уд/хв, АТ 105/70 мм рт. ст. Передня черевна стінка не напружена, бере участь в акті дихання, в правій подвздошній ділянці відзначається болючість. Симптоми подразнення очеревини негативні. В дзеркалах: шийка циліндрична, ціанотична, з зовнішнього зіву темно-кров'яністі виділення. Вагінально: матка в антефлексію, дещо збільшена, кулястої форми, розм'якшена, рухлива, безболісна. Ліві додатки без особливостей. Праворуч від матки визначаються збільшені і болючі додатки, що мають веретеноподібну форму. Пальпація заднього склепіння помірно болюча. Вагінальні склепіння глибокі.

Завдання:

1. Встановіть попередній діагноз?
2. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику?
3. Складіть план ведення пацієнтки.

Відповіді:

1. Перервана позаматкова вагітність справа за типом трубного аборт.

2. Апоплексія яєчника, запалення додатків матки з порушенням менструального циклу, перекрут ніжки пухлини яєчника, некроз міоматозного вузла.

3. УЗД органів малого тазу, визначення ХГ в плазмі крові, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові, резус-фактор, коагулограма, біохімічне дослідження крові; електрокардіограма. Оперативне лікування в ургентному порядку. Тубектомія або туботомія з енуклеацією плодового яйця.

Нетипові тестові задачі:

1. Жінка скаржиться на гостру біль унизу живота, що іррадіює в задній прохід, нудоту, запаморочення, темно-кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації на 4 тижні. Симптоми подразнення очеревини позитивні. У дзеркалах: синюшність слизової оболонки піхви і шийки матки. При бімануальному дослідженні відзначається симптом «плавуючої матки», випинання та болісність заднього і правого бічного склепінь піхви. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий апендицит
- B. Апоплексія яєчника
- C. Гострий правобічний аднексит
- D. Перекрути ніжки пухлини яєчника
- E. Порушена позаматкова вагітність

2. Хвора 23-х років доставлена ургентно в стаціонар зі скаргами на біль внизу живота, інтенсивніший справа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, пульс - 92/хв., температура тіла - 36,6°C, артеріальний тиск - 100/60 мм рт.ст. Живіт дещо напружений, незначно болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабо позитивні. Гемоглобін - 98 г/л. Яким буде попередній діагноз?

- A. Апоплексія яєчника
- B. Порушена позаматкова вагітність
- C. Гострий апендицит
- D. Кишкова непрохідність
- E. Ниркова колька

Правильні відповіді: 1 – E; 2 – A

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

Класифікація позаматкової вагітності

У залежності від імплантації плідного яйця позаматкову вагітність поділяють на трубну, яєчникову, черевну та інші форми (шийкова, у рудиментарному розі, інтралігаментарна).

У залежності від локалізації плідного яйця в матковій трубі: ампулярний відділ, істмічний, інтерстеціальний, фімбріальний.

У залежності від перебігу трубної вагітності: прогресуюча трубна вагітність; трубна вагітність, що перервалася за типом «трубного аборт»;

трубна вагітність, що перервалася за типом розриву маткової труби; замерла вагітність.

Алгоритм діагностики позаматкової вагітності.

1. Клінічна картина:

Основні скарги хворих з позаматковою вагітністю: затримка менструації, кров'яні виділення зі статевих шляхів, біль, нудота. В ургентній гінекології частіше зустрічається порушена трубна вагітність - розриви труби чи трубний аборт.

Трубна вагітність, порушена по типу розриву маткової труби: характерний гострий початок, якому, як правило, передуює затримка менструації.

Болі внизу живота різкі, переймоподібні, іррадіюють у задній прохід, підта надключичну ділянку, плече чи лопатку, супроводжуються нудотою, блюванням, запамороченням, під час інтенсивного больового приступу можлива втрата свідомості.

Об'єктивно: шкіра і слизові бліді, кінцівки холодні. Тахікардія, пульс слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Живіт трохи роздутий, болючий при пальпації, більше на стороні ураження, помірна напруга м'язів черевної стінки, симптоми подразнення очеревини.

При перкусії - притуплення в пологих місцях живота.

Гінекологічний огляд: при огляді у дзеркалах: ціаноз слизової піхви і екзоцервіксу.

Бімануальне дослідження (дуже хворобливе) виявляє: матка збільшена, але менше ймовірного терміну вагітності, легко зміщується, як би «плаває» у вільній рідині. У ділянці додатків матки виявляється пастозність або пальпується пухлиноподібне утворення. Задній та один з бокових склепінь нависають; при спробі зміщення шийки матки та при пальпації заднього склепіння виникає різка біль з іррадіацією в пряму кишку.

Трубна вагітність, порушена по типу трубного аборту: переривання данної вагітності характеризується повільним перебігом (від декількох днів до декількох тижнів). Основні скарги: приступоподібні болі внизу живота, мажучі, незначні, темно-коричневі або майже чорні виділення зі статевих шляхів на тлі затримки менструації (обумовленні відторгненням децидуальної оболонки в результаті зниження рівня статевих гормонів). Можуть бути повторні короточасні стани непритомності, слабкість, головокружіння, холодний піт, блювання.

При гінекологічному огляді – ціаноз слизових, незначні кров'яні виділення із цервікального каналу. Збільшення матки не відповідає терміну вагітності. У ділянці правих або лівих додатків матки пальпується помірно рухливе пухлиноподібне утворення з нечіткими контурами. Задній та відповідне бокове склепіння сплюснені або випнуті, помірно болючі.

Черевна вагітність – зустрічається дуже рідко. Плідне яйце може прикріплюватися до будь-якого органу черевної порожнини, окрім кишківнику. Як правило, вона закінчується розривом капсули плодівмістища на ранніх термінах та значною кровотечею і перитонеальним шоком.

Шийкова вагітність – на ранніх термінах перебігає безсимптомно, у подальшому з'являються кров'яністі виділення. При огляді спостерігається

колбоподібне збільшення шийки матки. Існує велика небезпека профузної кровотечі.

2. Лабораторно-інструментальна діагностика: УЗД органів малого таза, черевної порожнини; визначення рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ); пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви – додатковий метод дослідження (при порушеній позаматковій вагітності виявляється темна незгортаюча кров); біопсія ендометрія – додатковий метод дослідження (при позаматковій вагітності ендометрій трансформується в децидуальну оболонку в вигляді феномену Аріас-Стелли та «світлих залоз» Овербека та ворсини хоріону не виявляються); лапароскопія (найбільш інформативний метод діагностики 97 – 100 %).

Алгоритм лікування позаматкової вагітності

1. Лікування може бути хірургічним та консервативним. Вибір методу залежить від клінічного перебігу, локалізації плідного яйця, репродуктивних планів жінки, можливостей медичного закладу.

2. Хірургічне лікування залишається найбільш поширеним методом лікування позаматкової вагітності. Хвора одразу після визначення діагнозу порушеної позаматкової вагітності має бути прооперована. Додатково проводиться інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів залежить від об'єму крововтрати/стадії геморагічного шоку).

Хірургічне лікування трубної вагітності можливе лапароскопічним та лапаротомним доступом. При будь-якому методі проводять як радикальні (тубектомія - виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею та виразними патологічними змінами маткових труб, розривом), так і органозберігаючі операції (фімбріальна евакуація, сегментарна резекція маткової труби, сальпінготомія (туботомія).

3. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності. Виконуються лише в умовах гінекологічного стаціонару при бажанні жінки зберегти репродуктивну функцію, наявності непорушеної трубної вагітності, відсутності тяжких соматичних захворювань у жінки.

У більшості випадків використовується метотрексат – антагоніст фолієвої кислоти, що визиває загибель ембріону з послідуємим трубним абортom або резорбцією плідного яйця без пошкодження ендосальпінксу.

Протипокази для метотрексата: тромбопенія, лейкопенія, тяжкі захворювання печінки, нирок, діаметр плідного яйця більше 3 см, більше 100мл крові в дугласовом просторі.

4. При шийковій вагітності проводять екстирпацію матки без додатків.

Клінічні форми апоплексії яєчника:

1. Анемічна форма: I ступінь - легка (крововтрата до 150 мл); II ступінь – середня (150 – 500 мл); III ступінь – тяжка (більше 500 мл).

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми внутрішньочеревної кровотечі: гостра біль в животі, над лобковою ділянкою або в клубовій ділянці з іррадіацією в задній прохід, зовнішні статеві органи; нудота, блювання, слабкість, запаморочення; блідність шкіри і слизових оболонок; зниження артеріального тиску, тахікардія; помірні симптоми подразнення очеревини на стороні ураження; перкуторне виявлення вільної рідини у черевній

порожнині. Гінекологічний огляд: бліді слизові оболонки піхви; нависання заднього та бокового склепінь піхви (при значній кровотечі); збільшений, болючий яєчник; болючі тракції шийки матки.

2. Больова форма характеризується наявністю крововиливу в тканину яєчника (фолікул або жовте тіло) без кровотечі чи з незначною кровотечею в черевну порожнину. Основні симптоми: гострий початок, приступоподібна біль; нудота, блювота; артеріальний тиск, пульс в нормі. Живіт частіше м'який, але може виявлятися деяка напруга м'язів черевної стінки в клубових ділянках. Живіт при пальпації болючий в нижніх відділах. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. При гінекологічному обстеженні визначають нормальних розмірів матку, зсув якої викликає біль; збільшений болісний яєчник. Склепіння глибокі, вільні.

3. Змішана форма поєднує в різних співвідношеннях симптоми анемічної та больової форм.

Алгоритм лабораторно-інструментальної діагностики апоплексії яєчника:

- загальний аналіз крові (анемічна форма – анемія; больова форма – лейкоцитоз без нейтрофільного зсуву, без ознак анемії);

- УЗД органів малого тазу;
- ХГЛ (для виключення позаматкової вагітності);
- пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви;
- лапароскопія.

Алгоритм лікування апоплексії яєчника

1. Анемічна форма захворювання вимагає ургентного хірургічного лікування (лапароскопія або лапаротомія). Проводиться клиноподібна резекція яєчника в межах здорової тканини або зшивання розриву Z-подібним швом. Видаляють яєчник цілком тільки в тих випадках, коли вся його тканина просочена кров'ю.

2. Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак наростаючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно під контролем центральної гемодинаміки та лабораторних показників крові. Призначається спокій, холод на низ живота, препарати гемостатичної дії, вітаміни, протизапальна терапія тощо. Консервативна терапія проводиться в стаціонарі під спостереженням медичного персоналу.

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

- Зібрати скарги, анамнез у хворої з «гострим» животом
- Провести диференційну діагностику
- Встановити діагноз та скласти план лікувальних заходів у хворої з «гострим» животом.
- Скласти план обстеження хворої з «гострим» животом.
- Правильно трактувати данні лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- Надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора І. 32 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, періодичний тягнучий біль внизу живота, загальну слабкість, затримку менструації на 2 тиж. Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Язик вологий, не обкладений. Температура тіла 36,5 °С. Пульс – 84 уд./хв., АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт не здутий, бере участь в акті дихання; при пальпації – м'який та безболісний на всьому протязі. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення без особливостей. Гінекологічне дослідження: шийка матки збільшена у розмірах, деформована, «бочкоподібної» форми, ціанотична. Зовнішнє вічко трохи відкрите, ексцентрично розташоване. З цервікального каналу рясні кров'янисті виділення. Бімануально: шийка матки збільшена, розм'якшена. Тіло матки не збільшене у розмірах, чутливе при пальпації, рухливе. Додатки матки справа і зліва не збільшені, ділянка пальпації їх безболісна. Склепіння вільні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні.

Завдання:

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

Відповіді:

1. Шийкова вагітність. Аномальна маткова кровотеча.
2. Алгоритм ведення пацієнтки: екстрена госпіталізація до гінекологічного стаціонару для дообстеження та лікування; трансвагінальне УЗД органів малого таза; визначення рівня β -ХГЛ.

3. Лікування хворої оперативне – екстирпація матки без придатків.

2. До гінекологічного відділення надійшла хвора Б. 21 рік зі скаргами на різкий біль внизу живота, що іррадіює у задній прохід, запаморочення, які виникли раптово після coitus. Вдома була короткочасна втрата свідомості. Остання менструація 2 тиж. тому в очікуваний термін. Статеве життя веде протягом року. Не вагітніла. Відвідувала востаннє гінеколога 3 міс. тому, гінекологічної патології не виявлено. Об'єктивно: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Язик чистий, вологий. Температура тіла 37,1 °С. Пульс – 84 уд./хв., АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт помірно роздутий, при пальпації помірно болісний у гіпогастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При перкусії живота – притуплення звуку. Фізіологічні відправлення в нормі. Гінекологічне дослідження: шийка матки конічної форми, епітелій не змінений. Зовнішнє вічко закрито. Бімануально: екскурсії шийки матки різко болісні, симптом Промптова позитивний. Тіло матки в положенні anteflexio, не збільшене, щільне, чутливе при пальпації, рухливе. У ділянці правих додатків матки пальпується тугоеластичне утворення розміром 5,0х6,0х5,0 см, різко болісне. Додатки матки зліва не пальпуються. Заднє склепіння піхви нависає та різко болісне при пальпації. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, мізерні. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 94 г/л, еритроцити – $2,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити – $5,4 \cdot 10^9$ /л.

Завдання:

1. Встановіть попередній діагноз?
2. Складіть план подальшого обстеження хворої?
3. Від чого залежить тактика лікування (консервативне або хірургічне) у пацієнток з апоплексією яєчника?
4. Визначте обсяг хірургічного втручання у даної пацієнтки?
5. Післяопераційна реабілітація хворої?

Відповіді:

1. Апоплексія правого яєчника, змішана форма. Внутрішньочеревна кровотеча. Геморагічний шок І ст. Анемія І ст.
2. План подальшого обстеження хворої: загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, біохімічне дослідження крові, коагулограма), електрокардіограма; УЗД органів малого таза; експрес-тест з сечею на ХГЛ.
3. Тактика лікування залежить від загального стану хворої, об'єму внутрішньочеревної кровотечі, показників гемодинаміки.
4. Обсяг оперативного втручання у даної жінки – резекція/ушивання правого яєчника. Санація та дренування черевної порожнини.
5. З метою профілактики рецидиву апоплексії яєчника необхідно призначити комбіновані гормональні контрацептиви протягом 4–6 міс.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Швидкою допомогою доставлена жінка з переймоподібним болем в правій здухвинній ділянці, що іррадіює в пряму кишку, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Вищенаведені скарги виникли після затримки менструації. Об'єктивно: ЧСС 100 уд/хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Шкірні покриви бліді. Живіт болючий при пальпації, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. При гінекологічному дослідженні - зсуви шийки болісні, праві додатки збільшені, болючі, заднє склепіння нависає, виділення кров'яністі. Поставте попередній діагноз:

- А. Гострий правобічний аднексит
- В. Позаматкова вагітність, що перервалася
- С. Аборт у ході
- Д. Апоплексія правого яєчника
- Е. Апендицит

2. Хвора 27 років скаржиться на біль переймоподібного характеру внизу живота, що періодично посилюється, кров'яністі виділення із статевих шляхів. Місячні регулярні. Остання менструація 6 тижнів тому. Загальний стан незадовільний. АТ 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/хв, ритмічний. Живіт напружений, болючий. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При вагінальному дослідженні: матка дещо збільшена, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, заднє склепіння нависає. Виділення кров'яністі. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Апоплексія яєчника
- В. Некроз міоматозного вузла
- С. Порушена позаматкова вагітність
- Д. Розрив кісти яєчника

Е. Розрив піосальпінксу
Правильні відповіді: 1 – В; 2 – С.

4. Підведення підсумків:

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

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 пацієнтами з теми заняття:

- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнткою б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу в) вміння проведення консультування з питань планування сім'ї.
- 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

Оцінка	Критерії оцінювання
«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторних 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 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 бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє навички, інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє навички.

Залік

Залік виставляється здобувачу, який виконав усі завдання робочої програми навчальної дисципліни, приймав активну участь у практичних заняттях, виконав та захистив індивідуальне завдання та має середню поточну оцінку не менше ніж 3,0 і не має академічної заборгованості.

Залік здійснюється: на останньому занятті до початку екзаменаційної сесії - при стрічковій системі навчання, на останньому занятті – при цикловій системі

навчання. Оцінка за залік є середньоарифметичною за всіма складовими за традиційною чотирибальною шкалою і має величину, яка округлюється за методом статистики з двома десятковими знаками після коми.

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 і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
3. 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.
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. Збірник ситуаційних задач та тестових завдань з гінекології : навчальний посібник / А. Г. Волянська, Г. Л. Лавриненко, Н. А. Бикова та ін.; за ред. проф. І. З. Гладчука. – Одеса : Олді+, 2024. – 310 с.
4. 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
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/>

6. Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці преєклампсії у вагітних / Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.

7. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології:

- Наказ МОЗ України від 09.08.2022 №1437 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».
- Наказ МОЗ України від 26.01.2022 №170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи».
- Наказ МОЗ України від 24.01.2022 №151 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».
- Наказ МОЗ України від 24.09.2022 №1730 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність».

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
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
18. <http://www.aagu.com.ua/> асоціація акушер-гінекологів України.