

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 ВИРОБНИЧОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
(Основні обов'язки та професійні дії лікаря жіночої консультації)

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від 27.08.2025р.

Завідувач кафедри _____  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

Рецензенти:

Завідувач кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії,

професор, доктор медичних наук Валентина ВЕЛИЧКО

Завідувач кафедри симуляційних медичних технологій,

доктор економічних наук, к.мед. н. Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1

ТЕМА: «МЕДИЧНІ МАНІПУЛЯЦІЇ В АКУШЕРСТВІ»

Мета: Оволодіти правильним проведенням практичних навичок при обстеженні вагітних жінок. Виявити зі скарг, анамнезу, даних суб'єктивного, об'єктивного і спеціальних методів обстеження ознаки і особливості, які потрібні для встановлення остаточного діагнозу, оцінити їх. Сформулювати деонтологічні принципи спілкування з вагітними жінками.

Основні поняття: Пельвіометрія. Зовнішнє (прийоми Леопольда) та внутрішнє акушерське дослідження. Аускультация плода.

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:

- володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- володіти правильним проведенням практичних навичок при обстеженні вагітних жінок;
- виявити зі скарг, анамнезу, даних суб'єктивного, об'єктивного і спеціальних методів обстеження ознаки і особливості, які потрібні для встановлення остаточного діагнозу, оцінити їх;
- сформулювати деонтологічні принципи спілкування з вагітними жінками.
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Пельвіометрія.
- Зовнішнє (прийоми Леопольда) та внутрішнє акушерське дослідження.
- Аускультация плода.

Типові тестові завдання

1. Роділля 17 років госпіталізована в пологове відділення з активною пологовою діяльністю. Під час внутрішнього акушерського дослідження визначено діагональну кон'югату. Вкажіть її нормальну величину.

- A. 11-12 см
- B. 12,5-13 см
- C. 10-11 см
- D. 20-21 см
- E. 30-31 см

2. Вагітна А., 30 років, має розміри таза : 26-28-30-20 см. Діагональна кон'югатадорівнює 12,5 см. Обвід променево-зап'ясткового суглоба 15 см. Визначте справжню (акушерську) кон'югату?

- A. 11 см
- B. 28 см
- C. 12 см
- D. 25 см
- E. 13 см

Вірні відповіді: 1 – B, 2 – A.

Типові ситуаційні задачі

1. При вимірюванні таза встановлено, що діагональна кон'югата дорівнює 12см. Обвід променево-зап'ястного суглоба 14 см.

Питання: Чому дорівнює істинна кон'югата?

Відповідь: 10,5 см.

2. Вагітна звернулась в ЖК для взяття на облік по вагітності. Під час внутрішнього акушерського обстеження акушерці вдалось виміряти відстань між мисом крижів та нижнім краєм лобкового симфізу (conjugata diagonalis). Після виведення правої руки з піхви акушерка тазоміром виміряла цю відстань.

Питання: Чому дорівнює цей розмір (при умовах нормальних розмірів тазу)?

Відповідь: 12,5-13 см.

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

Питання:

1. Схема проведення обстеження вагітних жінок.
2. Проведення пельвіометрії.
3. Зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда).
4. Визначення передбачуваної дати пологів та маси плода.
5. Проведення аускультції плода.
6. Оцінка новонародженої дитини за шкалою Апгар.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з планування сім'ї, підбору метода контрацепції.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Роділля 32 років звернулась в пологовий будинок зі скаргами на

переймоподібний біль протягом 2 годин. З'ясовано, що у жінки зменшена діагональна кон'югата.

Питання: За допомогою якого обстеження отримано результат?

Відповідь: За допомогою внутрішнього акушерського дослідження.

2. Жінка, 29 років, звернулась до жіночої консультації з приводу взяття на облік по вагітності. Підчас піхвового дослідження проведено вимірювання діагональної кон'югати, яка дорівнює 12,5 см.

Питання: Яке вимірювання необхідне для більш точного визначення акушерської кон'югати?

Відповідь: індекс Соловйова.

Нетипові тестові задачі:

1. При вимірюванні розмірів таза установлено, що розміри таза 26-29-31-21 см. Визначте справжню кон'югату.

- A. 12 см
- B. 9 см
- C. 10 см
- D. 13 см
- E. 10,5 см

2. При зовнішньому акушерському обстеженні встановлено: форма матки витягнена у поперечному напрямку, строк вагітності 40 тижнів, в лівій боковій стороні матки пальпується голівка, в правій - тазовий кінець плода, над входом в малий таз передлежача частина відсутня. Серцебиття плода найвиразніше прослуховується на рівні пупка. Яке положення та позиція плода?

- A. Поперечне положення, I позиція
- B. Поздовжнє положення, II позиція, головне передлежання
- C. Поперечне положення, II позиція
- D. Косе положення, II позиція
- E. Поздовжнє положення, I позиція, тазове передлежання.

Вірні відповіді: 1 – A, 2 – A.

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

ВИМІРЮВАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ РОЗМІРІВ ЖІНОЧОГО ТАЗУ.

Кроки виконання процедури:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) взяти в руки тазомер;

- 9) розташувати гудзики тазомера на передньо-верхні ості клубових кісток (вказати нормативний показник *D. spinarum* = 25-26 см);
- 10) перевести гудзики тазомера на найбільш віддалені місця гребенів клубових кісток (вказати нормативний показник *D. cristarum* = 28-29 см);
- 11) встановити гудзики тазомера на великі вертіла стегнових кісток (вказати нормативний показник *D. trochanterica* = 30-31 см);
- 12) укласти пацієнтку на лівий бік із зігнутою у колінному суглобі лівою ногою; виміряти відстань від верхнього краю симфізу до надкрижової ямки (вказати нормативний показник *C. externa* = 20-21 см);
- 13) під час внутрішнього акушерського дослідження виміряти відстань від нижнього краю симфізу до крижового мису (вказати нормативний показник *C. diagonalis* = 12,5-13 см);
- 14) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 15) подякувати пацієнтці;
- 16) зняти оглядові рукавички;
- 17) вимити руки.

ЗОВНІШНЄ АКУШЕРСЬКЕ ОБСТЕЖЕННЯ, ВИЗНАЧЕННЯ ТОПОГРАФІЇ ПЛОДА В МАТЦІ

Кроки виконання процедури:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) шляхом пальпації живота ребрами обох долоней визначити рівень розташування дна матки та частини плоду, що розташована у дні матки;
- 9) покласти долоні на ліву та праву частину передньої стінки матки;
- 10) по чергово провести пальпацію передньої стінки пальцями відповідної руки, одночасно фіксуючи протилежну сторону долонею іншої;
- 11) визначити положення, позицію та вид плода;
- 12) руку розмістити на верхньому краї лонної дуги, охопити передлеглу частину плоду;
- 13) визначити передлежання плода;
- 14) повернутись спиною до голови пацієнтки, розмістити долоні на передній стінці матки;
- 15) перемістити долоні зверху до низу та зовні до середини, намагаючись підвести пальці під передлеглу частину плоду;
- 16) визначити розташування передлеглої частини плода;
- 17) дати повну відповідь: положення, позиція, вид та передлежання плоду;
- 18) подякувати пацієнтці;
- 19) зняти оглядові рукавички;
- 20) вимити руки.

ПРОВЕДЕННЯ АУСКУЛЬТАЦІЇ ПЛОДА, ІНТЕРПРЕТАЦІЯ КТГ

Кроки виконання процедури:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) визначити розташування плоду в матці (візуально на фантомі) - положення, передлежання, позиція, вид плоду;
- 9) визначити та описати розташування точки для проведення аускультції (на фантомі), прикласти стетоскоп;
- 10) підрахувати (на фантомі) ЧСС плода (визначити ЧСС плода за 6 секунд, результат помножити на 10);
- 11) оцінити отриманий (на фантомі) результат ЧСС плода (норма, тахікардія, брадікардія);
- 12) оцінити результати КТГ:
 - варіант норми
 - виразна тахікардія
 - виразна брадікардія
 - монотонний ритм
 - пізні децелерації
- 13) подякувати пацієнтці;
- 14) зняти оглядові рукавички;
- 15) вимити руки.

ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОЇ ДАТИ ПОЛОГІВ ТА МАСИ ПЛОДА

Кроки виконання процедури:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) визначити передбачувану дату пологів на основі даних про останню менструацію, використовуючи формулу Негеле: до дати першого дня останньої менструації додати 7 днів та від отриманого результату відняти 3 місяці;
- 9) пропальпувати пальцями середину верхньо-зовнішнього краю симфізу і притисніть до нього нульову позначку сантиметрової стрічки;
- 10) розгорнути сантиметрову стрічку так, щоб вона розмістилася по

середній лінії живота;

- 11) ребром долоні відшукати дно матки, шляхом обережного натискання на живіт, рухаючись в напрямку від симфізу до мечоподібного відростка;
- 12) по ребру долоні, що притискає сантиметрову стрічку, визначити та запам'ятати цифру, яка відповідає висоті стояння дна матки над лобком;
- 13) розташувати сантиметрову стрічку навколо живота спереду на рівні пупка, ззаду – на рівні поперекової області, відмітити отриманий результат;
- 14) обчислити передбачувану вагу плода за допомогою методу Жорданія шляхом множення: $OЖ \times ВДМ \pm 200 \text{ гр.}$
- 15) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 16) подякувати пацієнтці;
- 17) зняти оглядові рукавички;
- 18) вимити руки.

ОЦІНКА НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ ЗА ШКАЛОЮ АПГАР

Кроки виконання процедури:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) оцінити колір шкіри новонародженого:
 - розовий – 2 бали
 - акроціаноз – 1 бал
 - генералізована блідість шкіри або генералізований ціаноз – 0 балів
- 9) оцінити дихання новонародженого:
 - дихальні рухи в повному об'ємі, крик голосний – 2 бали
 - дихальні рухи нерегулярні із залученням допоміжної мускулатури, крик слабкий – 1 бал
 - відсутність дихальних рухів – 0 балів
- 10) оцінити частоту серцевих скорочень:
 - більше 100 ударів за 1 хвилину – 2 бали
 - менше 100 ударів за 1 хвилину – 1 бал
 - відсутність серцебиття – 0 балів
- 11) оцінити м'язовий тонус:
 - активні рухи новонародженого в повному обсязі – 2 бали
 - знижений тонус – 1 бал
 - відсутність рухів, атонія – 0 балів
- 12) оцінити рефлексорні реакції:
 - реакція в виді рухів, кашлю, чихання, голосного крику – 2 бали
 - реакція слабка (grimace) – 1 бал

- відсутність будь-яких реакцій – 0 балів
- 13) визначити загальну кількість балів за шкалою Апгар
- 14) визначити стан новонародженого (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий)
- 15) подякувати пацієнтці;
- 16) зняти оглядові рукавички;
- 17) вимити руки.

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

1. Виміряти та оцінити розміри жіночого тазу
2. Провести зовнішнє акушерське обстеження, визначення топографії плода вматці
3. Визначити передбачувану дату пологів та масу плода
4. Провести аускультацию плода
5. Оцінити новонароджену дитину за шкалою Апгар

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

Тестові завдання КРОК-2:

1. У вагітної А., 25 років, серцебиття плода - 130 уд/хв., вислуховується ліворуч нижче пупка і ближче до середньої лінії живота. Визначити позицію, вид позиції та передлежання плода:
 А. І позиція, передній вид, головне передлежання В. ІІ позиція, передній вид, головне передлежання С. І позиція, задній вид, тазове передлежання
 D. ІІ позиція, задній вид, головне передлежання
 Е. І позиція, передній вид, тазове передлежання
 2. При обстеженні вагітної акушерка встановила, що спинка плоду розташована з лівого боку матки, над входом до малого тазу пальпується м'яка, "не чітких" контурів, не балотуюча частина плода. Визначте положення, позицію та передлежання плоду:
 А. Повздожне положення, перша позиція, тазове передлежання
 В. Повздожне положення, друга позиція, головне передлежання
 С. Повздожне положення, друга позиція, тазове передлежання
 D. Повздожне положення, перша позиція, головне передлежання
 Е. Поперечне положення плоду, друга позиція
- Вірні відповіді: 1 – А, 2 – А

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

ТЕМА: «КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї ТА ПІДБОРУ МЕТОДА ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ»

Мета: Навчитись проводити збір акушерського та гінекологічного анамнезу у жінки після пологів. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором

методу контрацепції. Ознайомитися з основними видами діяльності планування сім'ї у післяпологовий період. Оволодіти консультуванням з питань планування сім'ї. Навчитись проводити підбір сучасного методу післяпологової контрацепції.

Основні поняття: План обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Оцінка пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції.

2. 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:

- навчитись проводити збір акушерського та гінекологічного анамнезу у жінки після пологів;
- засвоїти план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції;
- ознайомитися з основними видами діяльності планування сім'ї у післяпологовому періоді;
- оволодіти консультуванням з питань планування сім'ї;
- навчитись проводити підбір сучасного методу післяпологової контрацепції.

Перелік дидактичних одиниць:

- План обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції.
- Оцінка пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції.

Типові ситуаційні задачі:

1. Незаміжня Н. в 20-річному віці, прийшла в клініку для проведення аборт. Строк вагітності 10 тижнів. Менструальний цикл не регулярний. При спілкуванні виявилось, що вона не знає про методи контрацепції. Вона студентка і в найближчий час не хоче народжувати дітей.

Питання: Які методи контрацепції являються для неї найбільш прийнятними?

Відповідь: КОК, або «голандський метод» - КОК з презервативами.

2. 28 - річна жінка прийшла до лікаря для спостереження через тиждень після виконаного аборт. У неї було троє пологів та один аборт. Має трьох живих дітей. На даний момент почуває себе добре. Всі діти здорові, молодшому 4 роки.

Питання: Який метод контрацепції можна порекомендувати?

Відповідь: рекомендується ВМЗ, якщо немає запальних захворювань органів малого тазу.

Тестові тестові завдання:

1. Жінці 32 років, має одну дитину і рідкі (1-2 статеві контакти в два місяці) статеві зв'язки з одним статевим партнером, слід рекомендувати:

- А. Перерваний статевий акт
- В. Хірургічна стерилізація
- С. Презерватив
- Д. Природний метод
- Е. Гормональна контрацепція

2. Жінка, 23 років, дітей не має. Який метод контрацепції їй застосовувати неварто?

- А. Хірургічний
- В. КОК
- С. ВМК
- Д. Презервативи
- Е. Природне планування сім'ї

Вірні відповіді: 1 – С, 2 – А.

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

Питання:

1. Основні завдання планування сім'ї, зокрема у післяпологовому періоді.
2. Клінічний перебіг післяпологового періоду, поняття раннього та пізнього післяпологового періоду.
3. Концепція грудного вигодовування.
4. Метод лактаційної аменореї (МЛА).
5. Використання бар'єрних методів контрацепції і сперміцидів у післяпологовому періоді.
6. Призначення ВМЗ у післяпологовому періоді.
7. Чисто прогестинові контрацептиви для жінок після пологів.
8. Добровільна хірургічна стерилізація у жінок після

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з планування сім'ї, підбору метода контрацепції.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. 35-річна пацієнтка прийшла порадитися, що можна зробити, щоб настала вагітність. В минулому вона перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені при операціях.

Питання: Діагноз? Які можливі методи слід застосувати щодо даної пацієнтки?

Відповідь: Вторинне безпліддя. Методи допоміжних репродуктивних технологій (ЕКО).

2. Пацієнтка 25 років, в анамнезі 1 пологи, 5 штучних абортів. Не вагітніє протягом 1 року.

Питання: Діагноз? Призначте методи обстеження.

Відповідь: Вторинне безпліддя. Обстеження чоловіка (спермограма), обстеження гормонального стану, метросальпінгографія, УЗД.

Нетипові тестові завдання:

1. Заміжній жінці 28 років, що має одного статевого партнера, страждає хронічним тромбофлебітом вен нижніх кінцівок, матері однієї дитини, потрібна:

- A. Оральні контрацептиви
- B. Хірургічна стерилізація
- C. ВМК
- D. Імпланти
- E. Сперміциди

2. Хвора 30-ти років скаржиться на безпліддя протягом трьох років. В анамнезі - позаматкова вагітність (оперативне лікування - сальпінгоектомія ліворуч рік тому) та кістома правого яєчника (оперативне лікування - аднексектомія праворуч два роки тому). Чоловік обстежений, патології не виявлено. Яку тактику лікування безпліддя потрібно порадити цій подружній парі?

- A. Екстракорпоральне запліднення
- B. Лапароскопію
- C. Гістероскопію
- D. Гідротубацію
- E. Штучну інсемінацію спермою донора

Вірні відповіді: 1 – C, 2 – A.

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

Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції.

Вид	К О К	Т Н К	П І К	В М К	П р е з е р в а т и в и	Ш и й к о в і к о в п а ч к и	Кон тра цеп тив и для міс цев ого заст осу ван ня	Жін оча сте рил ізац ія	Вазектомія
Обстеження молочних залоз	С	С	С	С	С	С	С	С	Не прово- диться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг патології шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	Не прово- диться
Стандартне лабораторне обстеження	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику ПСПШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ПСПШ/ВІЛ: лабораторне обстеження	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Клас „А” – проведення цього обстеження/аналізу обов’язково рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас „В” – проведення цього обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції.

Клас „С” – проведення цього обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої суттєвої гарантії безпеки і ефективності конкретного методу контрацепції.

* Якщо жінка з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією, то в цьому випадку введення ВМК не рекомендується, за винятком обставин, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно.

** Жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксинол-9.

*** Перед початком використання КОК, ТКП, ІКП рекомендовано вимірювання кров'яного тиску.

**** Процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

Клінічний перебіг післяпологового періоду, поняття раннього та пізнього післяпологового періоду

Післяпологовий період починається відразу після пологів і триває протягом 56 днів. Протягом цього часу органи репродуктивної системи жінки повертаються до стану, що існував до вагітності.

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовій кімнаті під наглядом лікаря, що пов'язане з виникненням ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації організму жінки після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період починається через 2 години після закінчення пологів і триває продовж 56 днів. Під час цього періоду відбувається інволюція всіх органів і систем, що змінилися у зв'язку з вагітністю і пологами. Виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме в післяпологовий період.

Треба відмітити, що призначення будь-якого методу або засобу контрацепції, як правило, стає актуальним по закінченні 56 днів після пологів, бо в більшості випадків через соціальні обставини, які прийнятні в суспільстві, у подружжя триває період післяпологового утримання (абстиненції).

Концепція грудного вигодовування

Найбільш фізіологічним, природним способом годування новонароджених є грудне вигодовування.

Грудне вигодовування поліпшує перебіг адаптивного процесу, сприяє ставленню місцевого та загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування у новонароджених. Годування новонародженого виконується за його вимогою.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

Методом лактаційної аменореї (МЛА) називається використання грудного годування як методу запобігання вагітності. Він базується на фізіологічному ефекті, який полягає у пригніченні овуляції, завдяки годуванню дитини

грудьми матері.

Тривалість ановуляції варіює від 4 до 24 місяців після пологів, хоча у деяких жінок овуляція поновлюється на другому місяці післяпологового періоду. Дані наукових досліджень показують, що навіть після поновлення менструальноподібних виділень частота настання вагітності у жінок, які годують груддю нижча, ніж серед жінок, які припинили грудне вигодовування.

Під час лактації розвивається фізіологічне безпліддя. Частота і тривалість грудного годування визначають тривалість ановуляторного безпліддя внаслідок зменшення пульсуючого виділення гонадотропінрелізінг-гормону (ГТРГ), що, в свою чергу призводить до пригнічення секреції лютеотропного гормону (ЛГ), необхідного для нормальної активності яєчника. Попередні дослідження показали, що при грудному вигодовуванні в гіпоталамусі зменшується вміст опіоїдів, що впливають на виділення ГТРГ. Від частоти і тривалості годування груддю залежить вироблення пролактину. Ссання груді новонародженим викликає два рефлекс, що стимулюють секрецію молока:

Пролактиновий рефлекс: нервові імпульси від навколососкових ділянок шкіри передаються до блукаючого нерва, а потім в гіпоталамус, де нейропептиди стимулюють продукцію пролактину в гіпофізі, що призводить до секреції молока і до ановуляції;

Рефлекс виділення молока: імпульси від навколососкової зони досягають задньої частки гіпофіза, де у відповідь секретується окситоцин, що зумовлює скорочення молочної залози і виділення молока.

Хоча переваги грудного вигодовування для здоров'я дитини загальновідомі, використання лактаційної аменореї як методу планування сім'ї було визначене не так давно. Міжнародна група вчених, що зібралася у 1988р.в Центрі з досліджень та конференцій в Белладжіо (Італія), розглянула наукові дані відносно дії грудного годування на фертильність.

Учасники групи прийшли до висновку, що жінки, які не користуються методом контрацепції, але повністю або майже повністю годують груддю і в яких спостерігається аменорея, мають дуже малий ризик (менше 2%) завагітніти в перші шість місяців після пологів. Висновки, сформульовані цією групою, стали відомі як «Консенсус в Белладжіо».

«Консенсус» став науковою базою для визначення станів, при яких грудне годування може безпечно застосовуватись для планування інтервалів між пологами. Були розроблені правила по використанню лактаційної аменореї як методу планування сім'ї.

Ці правила включають у себе **три умови**, яких слід дотримуватись для того, щоб був забезпечений захист від небажаної вагітності:

- 1. Виключно грудне вигодовування;**
- 2. Аменорея;**
- 3. Після пологів минуло не більше 6 місяців**

МЛА забезпечує захист від вагітності більш ніж на 98% протягом перших 6 місяців після пологів при дотриманні вищезгаданих умов.

Переваги контрацептивні:

- Ефективний (1-2 вагітності на 100 жінок у перші 6 місяців використання)
- Негайна ефективність
- Не пов'язаний зі статевим актом
- Відсутність системних побічних ефектів
- Немає необхідності в спеціальному медичному спостереженні
- Не слід поповнювати запас контрацептиву
- Не потрібні грошові витрати

Переваги неконтрацептивні (для дитини):

- Пасивна імунізація
- Найкраще джерело поживних речовин
- Зменшення контакту із заразними організмами води, іншого молока чидитячого харчування, а також з кухонним посудом

Недоліки:

- Залежить від жінки (вимагає дотримання правил грудного вигодовування).
- Може виявитись важко виконуваним через соціальні обставини.
- Має високу ефективність тільки до поновлення менструацій або не більше 6 місяців.
- Не захищає від захворювань, які передаються статевим шляхом (включаючи ВІЛ/СНІД) .

Хто може використовувати МЛА:

Жінки, які годують виключно груддю не менш чим 6 раз на добу, у яких після пологів пройшло менше 6 місяців і чиї менструації ще не поновились.

Хто не повинен використовувати МЛА:

Жінки, у яких поновились менструації. Жінки, які не годують виключно груддю. Жінки, якщо дитині виповнилось 6 або більше місяців.

Як потрібно використовувати цей метод (МЛА):

Годувати дитину з обох грудей на її вимогу приблизно 6-10 раз на добу.

Годуйте дитину як мінімум один раз вночі (інтервал між двома годуваннями не повинен перевищувати 6 годин).

Дитина може не хотіти їсти 6-10 разів на добу або може спати всю ніч. Це нормальні явища, але якщо будь-яке з них має місце, то ефективність грудного вигодовування як методу контрацепції знижується.

Поновлення менструацій означає, що дітородна функція відновилась і жінці необхідно негайно почати оберегатись (якщо у неї нема репродуктивних намірів).

Якщо поновились менструації, то жінці потрібно почати використовувати інший контрацептивний метод, якщо вона більше не годує виключно груддю або дитині 6 місяців.

Якщо жінка або її партнер підлягають ризику зараження ЗПСШ, включаючи вірус СНІДУ, то слід використовувати бар'єрні методи контрацепції

(презервативи) разом з МЛА.

Бар'єрні методи контрацепції і сперміциди

Бар'єрні методи контрацепції можна визначити як запобігання від небажаної вагітності шляхом перешкоди потраплянню сперми в піхву або шийку матки хімічним або механічним шляхом або сполученням того й іншого.

Незважаючи на те, що в даний час існує цілий ряд більш ефективних методів контрацепції, використання презервативів залишається дуже важливим, враховуючи, що вони є єдиним контрацептивним засобом, спроможним запобігти передачі ВІЛ і ЗПСШ.

Саме користування презервативом як засобом запобігання небажаної вагітності дозволяє активно залучати чоловіків до планування сім'ї і бережливого ставлення до жінки.

При правильному використанні презервативів їхній контрацептивний ефект дуже високий, «контрацептивні невдачі» становлять 12,5%.

Механізм дії:

Запобігають потраплянню сперми в жіночий репродуктивний тракт.

Запобігають передачі мікроорганізмів (включаючи ЗПСШ і ВІЛ) від одного партнера до другого (тільки латексні і вінілові).

Переваги контрацептивні:

- Негайна ефективність
- Не впливають на грудне вигодовування
- Можуть використовуватись як додатковий метод разом з іншими контрацептивами
- Відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу
- Відсутні системні побічні явища
- Широкодоступні (в аптеках та в немедичних закладах)
- Продаються без рецепта
- Не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання
- Недорогий метод

Переваги неконтрацептивні:

- Сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї
- Єдиний метод планування сім'ї, який забезпечує захист від ЗПСШ, ВІЛ (тільки латексні, вінілові)
- Можуть сприяти зниженню ризику розвитку раку шийки матки
- Можуть використовуватись при лікуванні імунологічних форм безпліддя (протягом 3-6 місяців) для запобігання потраплянню антигенів сперми в піхву.
- Можуть використовуватись у випадку розвитку у жінки алергійних реакцій на сім'яну рідину і/або сперматозоїди.

Недоліки:

- Середня ефективність (2-12 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання)
- Контрацептивна ефективність залежить від бажання пари дотримуватись

інструкцій

- Можуть знизити чутливість статевого члена
- Видалення використаних презервативів може стати проблемою
- Необхідна наявність відповідних умов зберігання у користувачів
- Необхідно мати достатній запас презервативів до початку статевого акту
- Необхідна постійна наявність у продажу
- Можуть викликати подразнення у чоловіків і жінок як самим презервативом, так і сперміцидом

Хто не може використовувати презервативи:

- Пари, де вагітність жінки являє собою серйозну небезпеку для її здоров'я
- Пари, в яких один чи обидва партнери страждають алергією на матеріал, з якого виробляються презервативи
- Пари, які потребують високоефективного методу контрацепції
- Пари, які хочуть використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом

Сперміциди

До складу сучасних сперміцидів входять, як правило, два компоненти: спермоушкоджуючі хімічні речовини і основа (носії).

Сперміцидні речовини, які використовуються майже у всіх наявних вданий час сперміцидах, являють собою сурфактанти – поверхово-активні речовини, які руйнують клітинні мембрани сперматозоїдов.

Винятком є препарат А-сеп-53, що продається в Європі, в якому як активна сперміцидна речовина використовується інгібітор ферментів.

Роль носія, що входить в сперміцидні засоби-забезпечити дисперсію хімічного агента в піхві шляхом огортання шийки матки і утримання його на місці так, щоб кожен сперматозоїд не уник контакту зі сперміцидним інгредієнтом. Буває у вигляді аерозолів, паст, гелів (крему), вагінальних пінистих таблеток, розчинних супозиторіїв, вагінальних пінистих супозиторіїв.

Переваги контрацептивні:

- Негайна ефективність
- Не впливають на грудне годування
- Можуть використовуватися як додатковий метод разом з іншими контрацептивами
- Відсутній ризик для здоров'я, пов'язаний з використанням методу
- Відсутні системні побічні явища
- Широкодоступні
- Продаються без рецепта
- Не обов'язково проводити медичний огляд перед початком використання.

Переваги неоконтрацептивні:

- Сприяють залученню чоловіка до планування сім'ї
- Деякий захист від ЗПСШ, ВІЛ

Недоліки:

- Середня ефективність (3-21 вагітність на 100 жінок протягом першого року використання)
- Контрацептивна ефективність залежить від бажання жінки дотримуватись інструкцій
- Жінка повинна ввести контрацептив за 10-15 хвилин до початку статевого акту
- Кожне введення ефективне тільки протягом 1-2 години
- Необхідна наявність відповідних умов зберігання у користувачів
- Необхідно мати достатній запас до початку статевого акту
- Необхідна постійна наявність у продажу

Хто може використовувати сперміциди:

- Матері, які годують груддю і потребують контрацепції.
- Жінки, які не хочуть або не можуть використовувати гормональні методи контрацепції, ВМС.
- Жінки, які бажають захисту від ЗПСШ та ВІЛ, партнери яких не згодні використовувати презервативи.
- Пари, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу.
- Пари, які мають не часті статеві зносини.
- Хто не повинен використовувати сперміциди:
- Жінки, чий вік або кількість пологів в анамнезі, або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною.
- Жінки, які відчувають труднощі із застосуванням цього методу. Жінки які страждають алергією на сперміциди.
- Жінки з генітальними та іншими аномаліями.
- Пари, які потребують високоефективного методу контрацепції.
- Пари, які не бажають виконувати інструкції і використовувати сперміциди при кожному статевому акті.

Внутришньоматкові засоби (ВМЗ)

Виділяють ВМЗ, які мають у складі мідь, срібло, золото, а також прогестинний компонент.

Механізм дії:

- Впливають на здатність сперматозоїдів проходити через порожнину матки (які у складі мають метал).
- Впливають на репродуктивний процес перед тим, як яйцеклітина досягне порожниці матки (які у складі мають метал).
- Згущають цервикальний слиз (прогестиніві).
- Змінюють стан ендометрію (прогестиніві).

Переваги контрацептивні:

- Висока ефективність (0,5-1,0 вагітностей на 100 жінок протягом першого року використання)
- Негайна ефективність
- Тривалий період дії
- Метод не пов'язаний зі статевим актом

- Метод не впливає на грудне годування
- Негайне повернення фертильності після вилучення ВМЗ
- Мало побічних ефектів
- Крім візиту до лікаря після введення ВМЗ, жінці слід звертатися до лікаря тільки в разі виникнення проблем
- Пацієнтці не треба нічого мати про запас
- Відносно недорогий метод
- Тільки прогестинові ВМЗ зменшують менструальні болі і менструальну кровотечу

Недоліки:

- Перед введенням необхідно провести гінекологічний огляд та рекомендується обстеження на ЗПСШ;
- Обов'язкова наявність підготовленого медпрацівника для введення та вилучення ВМЗ;
- Жінка повинна перевіряти нитки ВМЗ після менструацій, якщо вони супроводжувались болями, переймами, або мажучими кров'янистими виділеннями;
- Жінка сама не може припинити використання методу (залежить від медпрацівника);
- Можлива спонтанна експульсія ВМЗ;
- Можуть збільшити ризик позаматкової вагітності і розвитку ЗЗОМТ у жінок, які входять до групи ризику ЗПСШ
- ВМЗ не захищають від ЗПСШ, ВІЛ, якщо хто-небудь з партнерів має ризик зараження цими захворюваннями необхідно використовувати презервативи разом з ВМЗ.

Хто може використовувати ВМЗ:

- Годуючи матері, які потребують контрацепції;
- Жінки будь-якого репродуктивного віку;
- Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- Жінки, які бажають мати високоефективний та довготривалий захист від вагітності;
- Жінки, які раніше успішно використовували ВМЗ; Жінки після пологів, які не годують груддю;
- Жінки, які мають низький ризик зараження ЗПСШ;
- Жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи; Жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання таблеток.

Хто не повинен використовувати ВМЗ:

- Вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- Жінки з неясними вагінальними кровотечами;
- Жінки з інфекцією статевих шляхів;
- Жінки з вродженими аномаліями матки та пухлинами матки;
- Жінки із захворюванням клапанів серця в активній фазі;
- Жінки із діагностованою трофобластичною пухлиною, тазовим

туберкульозом, раком статевих органів.

Коли потрібно вводити ВМЗ:

У будь-який день менструального циклу, якщо є тверда впевненість, що жінка не вагітна;

З першого по сьомий день менструального циклу;

Після пологів (зразу після в перші 48 годин або через 4-6 тижнів – тільки ВМЗ з металом; через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА і є впевненість, що жінка не вагітна).

Чисто прогестинові таблетки(ЧПТ)

Використання гормональних препаратів тільки зі вмістом гестагену дозволяє жінці після пологів мати надійний засіб контрацепції, не перериваючи грудне вигодовування. Такі препарати не впливають на якість кількості грудного молока і здоров'я дитини (після 6 міс). Якщо дитині менше 6 міс, то прогестин може негативно вплинути на нормальний ріст дитини.

В якості прогестина використовуються: Левоноргестрел, Норетиндрон, Норгестрел, Лінестренол.

Механізм дії:

- Згущують цервікальний слиз, перешкоджаючи проникненню сперматозоїдів;
- Змінюють ендометрій, ускладнюючи імплантацію;
- Зменшують рух сперматозоїдів у верхньому статевому тракті (фаллопієві труби);
- Пригнічують овуляцію.

Переваги контрацептивні:

- Ефективні, якщо приймаються в один і той же час щодня;
- Негайна ефективність;
- Не вимагається проходження гінекологічного огляду;
- Метод не пов'язаний зі статевим актом;
- Метод не впливає на грудне годування;
- Негайне повернення фертильності після припинення вживання;
- Мало побічних ефектів;
- Метод зручний і простий у застосуванні;
- Не містять естрогену.

Переваги неконтрацептивні:

- Можуть зменшити менструальні болі і кровотечу;
- Можуть сприяти зниженню анемії;
- Знижують ризик розвитку раку ендометрію, ризик розвитку доброякісних пухлин молочної залози.

Недоліки:

- Викликають нерегулярні кровотечі/мажучі виділення на ранніх стадіях майже у всіх жінок;
- Можливе деяке збільшення або втрата ваги;
- Вимагається постійна мотивація для щоденного вживання;

- Повинні вживатися в один і той же час щодня;
- Необхідно мати можливість поповнення запасу контрацептиву;
- Ефективність може знижуватися при одночасному вживанні деяких протисудомних чи протитуберкульозних препаратів (рифампіцин);
- Метод не захищає від ЗПСШ, ВІЛ.

Хто може використовувати ЧПТ:

- Жінки будь-якого репродуктивного віку;
- Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- Жінки, які бажають мати ефективний захист від вагітності;
- Годуючи матері, що потребують контрацепції;
- Жінки після пологів, які не годують груддю;
- Жінки, які палять, що мають порушення згортання крові;
- Жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендуються контрацептиви, що містять естроген.

Хто не повинен використовувати ЧПТ:

- Вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- Жінки з неясними вагінальними кровотечами;
- Жінки, що не переносять менструальних кровотеч;
- Жінки, які вживають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
- Жінки, які не можуть пам'ятати про щоденне вживання таблеток в один і той же час.

Комбіновані оральні контрацептиви

- Не рекомендується для годуючих жінок у перші 6-8 тижнів після пологів; Відкласти використання КОК до початку відлучення від грудей;
- Якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів;
- Використання КОК у перші 6 міс після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується 6міс);
- У перші 3 тижні після пологів КОК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Зауваження:

- КОК є найменш прийнятними методами для годуючих матерів;
- Через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК можуть використовуватись жінками, які під час вагітності мали гестоз, за умови, що до моменту вживання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і здорова.

Добровільна хірургічна стерилізація

Немає медичних передумов, за якими стерилізація була б абсолютно неприйнятна для пацієнта. Можуть існувати стани або обставини, які диктують необхідність дотримуватися деяких застережень чи відкласти

процедуру для корекції стану жінки.

Процедура хірургічної стерилізації представляє собою трубну оклюзію – хірургічне блокування прохідності труб з метою перешкоджання злиття сперматозоїда та яйцеклітини, тобто заплідненню. Трубна оклюзія є методом перманентного припинення жіночої репродуктивної функції. При блокуванні маткових труб (зав'язавши та перерізавши їх або використовуючи скобки, кільця або електрокоагуляцію), запліднення яйцеклітини стає неможливим.

Методи:

Міні-лапаротомія (післяпологова, інтервальна)

Лапароскопія

Післяпологова міні-лапаротомія

Операцію можна проводити в пологовому блоці або операційній у перші дві доби після пологів. Виконується через невеличкий поперечний розріз (1,5-3см) нижче пупа, тому що в післяпологовий період матка та маткові труби розташовані високо в черевній порожнині. Операція може виконуватись під місцевим знеболюванням з використанням седативних препаратів та анальгетиків.

Після пологів можна використовувати зажими (кліпи) Фільші, які накладають на маткові труби на відстані близько 1-2 см від матки.

Ускладнення можуть бути пов'язані з анестезією і розвитком післяопераційних запальних захворювань органів малого тазу. Це ускладнення можна звести до мінімуму ретельним обстеженням жінки з метою виявлення протипоказань до стерилізації (післяпологової кровотечі, інфекційних захворювань та запальних процесів). Операцію слід виконувати обережно для уникнення травмування кишки, лігування труб повинно бути надійним для запобігання кровотечі. Операцію не рекомендується проводити пізніше ніж через 48 годин після пологів у зв'язку з ризиком висхідної інфекції при більш пізньому її виконанні.

Якщо міні-лапаротомію не можна здійснити після пологів, то операцію можна виконати через 6 тижнів.

Інтервальна міні-лапаротомія

Проводиться після повної інволюції матки через 6 тижнів після пологів або в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.

Техніка операції дещо відрізняється: розріз проводиться над лобком, використовується металевий підйомник матки, щоб наблизити матку і труби до розрізу. Стерилізація виконується методом Помероя або Паркланда.

Лапароскопія

Під час лапароскопічної стерилізації частіше всього застосовуються кільця, зажими або електрокоагуляція. Операція проводиться у спеціальній операційній, частота ускладнень невелика.

Переваги трубної оклюзії:

- Висока ефективність (0,2-4 вагітності протягом першого року використання);
- Негайна ефективність;
- Постійний метод;
- Не впливає на грудне годування;
- Підходить жінкам, для здоров'я яких вагітність є серйозною небезпекою;
- Нескладна хірургічна процедура, яка зазвичай виконується під місцевою анестезією;
- Відсутність побічних ефектів;
- Не змінює статеву функцію – не впливає на функцію яєчників

Недоліки:

- Метод незворотній;
- Пацієнтка може згодом шкодувати про своє рішення;
- Короткочасний дискомфорт/біль після операції;
- Не захищає від ЗПСШ, ВІЛ
- Не повинна проводитися у післяпологовому періоді, а також у жінок, які мають ЗПСШ, ЗЗОМТ.

Загальні положення, які стосуються всіх жінок:

- Пацієнтка має право змінити своє рішення в будь-який момент до початку процедури;
- Пацієнтку не можна спонукати ніякими способами до згоди на добровільну стерилізацію;
- Пацієнтка повинна написати заяву або підписати стандартну форму добровільної згоди на процедуру до початку операції;
- Згода чоловіка не є обов'язковою умовою.

Хто може використовувати трубну оклюзію:

- Жінки репродуктивного віку;
- Жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі;
- Жінки, які впевнені, що досягли бажаної кількості дітей;
- Жінки, які хочуть використовувати надійний метод контрацепції;
- Жінки, для здоров'я яких вагітність є серйозною загрозою;
- Жінки після пологів і абортів, які не страждають ЗППШ, ЗЗОТ.

Хто не може використовувати трубну оклюзію:

- Вагітні жінки (вагітність наявна чи підозрювана);
- Жінки з невиясненими вагінальними кровотечами;
- Жінки з гострою тазовою або системною інфекцією;
- Жінки, які не можуть переносити хірургічні втручання;
- Жінки, які не впевнені в своїх намірах відносно фертильності в майбутньому;
- Жінки, які не дали добровільну свідому згоду на проведення процедури.

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

- основні завдання планування сім'ї у післяпологовому періоді;
- основні рекомендації по запобіганню небажаної вагітності після пологів;
- метод лактаційної аменореї;
- бар'єрні, контрацептивні та внутрішньоматкові методи контрацепції;
- хірургічні методи контрацепції.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. 19-річна пацієнтка звернулась до лікаря зі скаргою, що 2 роки тому перенесла штучне переривання вагітності за власним бажанням, а останній рік вагітність не настає. Шлюб другий.

Питання: Діагноз? Яке обстеження слід провести для встановлення причини непліддя?

Відповідь: Вторинне безпліддя. Обстеження на уrogenітальні інфекції, метросальпінгографія, УЗД, обстеження чоловіка (спермограма), обстеження гормонального стану.

2. Пацієнтці 20 років, має 6 - місячну дівчинку. Жінка не хоче мати дитину в наступні 2-3 роки. Чоловік згоден, що їм не слід мати дітей протягом 2-3 років.

Питання: Який метод контрацепції можна порадити використовувати подружжю?

Відповідь: найкраще у даному випадку порекомендувати ВМЗ.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Розлученій жінці 32 років, що має одну дитину і рідкісні (1-2 статеві контакти в два місяці) статеві зв'язки з одним статевим партнером, слід рекомендувати:

- A. Перерваний статевий акт
- B. Хірургічна стерилізація
- C. Презерватив
- D. Природний метод
- E. Гормональна контрацепція

2. Який метод контрацепції використовують лише після пологів:

- A. Внутрішньоматкові протизаплідні засоби
- B. Добровільну хірургічну стерилізацію
- C. Чисто прогестинові ін'єкційні протизаплідні засоби
- D. Природне планування сім'ї
- E. Метод лактаційної аменореї

Вірні відповіді: 1 – C, 2 – E.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3
Тема: «ОНКОПРОФІЛАКТИКА ГІНЕКОЛОГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ»

Мета: Навчити проводити скринінговий огляд жінок, які звернулись до спеціаліста, на предмет ранньої діагностики захворювань жіночої статеві системи. Провести оцінку стану пацієнтки, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при, доброякісних та передракових захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз; визначати тактику ведення (принципи проведення первинної профілактики, спостереження, та проведення оперативних втручань та консервативного лікування, а також реабілітаційні заходи) при лікуванні передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи;

Основні поняття: Передракові захворювання статевих органів жінки. Онкомаркери злоякісних новоутворень жіночих статевих органів. Сучасні методи діагностики та профілактики.

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 встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань;
- здатність визначати принципи та характер лікування та профілактики захворювань;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції.

Перелік дидактичних одиниць:

- передракові захворювання статевих органів жінки;
- онкомаркери злоякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- сучасні методи діагностики та профілактики;

Типові ситуаційні задачі:

1. Хвора 32-х років скаржиться на тягнучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та рясні виділення під час циклу. При бімануальному дослідженні матка дещо збільшена, більше в області перешийки, болюча при екскурсії, округлої форми. Придатки з обох сторін без особливостей. Попередній діагноз - внутрішній ендометріоз. При УЗД в порожнині єхопозитивна структура 1,5x1,0. Найбільш інформативна для діагностики та лікувальна тактика в цьому випадку.

Діагноз: Поліп ендометрія. АМК.

Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначається лікувальні заходи.

2. Хвора 45 років має скарги на виділення з піхви водянистого характеру та контактні кров'яністі. Останній онкоогляд 5 років тому, виявлена ерозія шийки матки, проведено лікування жировими тампонами. У дзеркалах: шийка матки гіпертрофована, на обох губах шийки матки відмічаються розростання, які кровоточать при дотику. Вагінально: тіло матки дещо збільшене, рухоме, неболіuche, додатки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні. Який з методів є найбільш цінним для підтвердження діагнозу?

Діагноз: Рак шийки матки? Кольпоскопія з прицільною біопсією. Мазок на цитоморфологічне дослідження.

В залежності від результатів гістологічного дослідження рішення питання обсягу оперативного втручання.

3. У гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів. З анамнезу: менструації з 14 років, установилися відразу (по 4-5 днів через 28 днів), помірні, безболісні. Останні 2 роки інтервали між менструаціями 2-3 місяця. 15 днів назад, після 2-х місячної відсутності менструації, почалася маткова кровотеча, що продовжується дотепер.

При надходженні: шкіра і видимі слизуваті бліді, пульс 76 уд. у хв., АД – 110/80 мм рт. ст., гемоглобін – 100г/л.

Живіт м'який, безболісний при пальпації. З боку внутрішніх полових органів патології не виявлено.

Діагноз: АМК.

Відповідь: Повинно виконати гістероскопію або лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки з наступним гістологічним дослідженням ендометрію.

Типові тестові завдання:

1. Хвора 24-х років звернулася до гінеколога зі скаргами на появу виростів у ділянці статевих органів. Оглянувши хвору, лікар виявив на великих і малих соромітних губах сосочкоподібні розростання, що нагадують цвітну капусту, м'якої консистенції, неболючі, неерозовані. Хвору направлено на консультацію до дерматолога. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Гострокінцеві кондиломи
- B. Широкі кондиломи
- C. Вегетуюча пухирчатка
- D. Гранульоматозний кандидоз
- E. Папіломатоз

2. У хворої 58-ми років після 10 років менопаузи почалося рясна маткова кровотеча. В ході бімануального дослідження й огляду за допомогою дзеркал, окрім рясних кров'янистих виділень, іншої патології не виявлено. Яке захворювання можна припустити?

- A. Рак тіла матки
- B. Геморагічна метропатія Шредера
- C. Неповний аборт
- D. Міома матки
- E. Порушення менструального циклу клімактеричного характеру

3. У хворої 36-ти років під час профілактичного огляду в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- A. Біопсія шийки матки
- B. Діагностичне вишкрібання
- C. Цистоскопія, іригоскопія
- D. Бактеріологічне обстеження виділень
- E. УЗД органів малого тазу

4. До гінеколога звернулася жінка 54-х років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви протягом 1 місяця. Остання менструація 5 років тому. Під час гінекологічного огляду патології не виявлено. Ваші дії:

- A. Фракційне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки
- B. Кольпоскопія
- C. УЗД
- D. Взяти мазок для цитологічного дослідження
- E. Призначити симптоматичну терапію

Вірні відповіді: 1 – А; 2 – Е; 3 – А; 4 – А

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

Питання:

- Класифікація передракових захворювань шийки матки.
- Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів
- Етіопатогенетичні фактори, що зумовлюють розвиток патології шийки матки. Папіломавірусна інфекція.
- Передракові захворювання шийки матки: етіологія, клініка, діагностика, лікування
- Методи діагностики передракових захворювань шийки матки.
- Лікувальна тактика при передракових захворюваннях шийки матки, показання до радикальних методів лікування.
- Вакцинація проти ВПЛ-інфекції
- Поняття «гіперпластичні процеси ендометрія», як фактор розвитку АМК в різні вікові періоди.
- Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ.
- Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія.
- Пухлини яєчників

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

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

Інтерактивне завдання:

Студентів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у хворої, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі мажучі виділення зі статевих шляхів. При бімануальному дослідженні: тіло матки кілька збільшено, придатки не

визначаються, при огляді шийки матки в дзеркалах виявлені синюшні «глазки».

1) Який діагноз найбільш вірогідний? Зовнішній ендометріоз шийки матки.

2) Алгоритм обстеження: мазок на цитоморфологію, кольпоскопія розширена. Біопсія шийки матки прицільна.

Лікувальна тактика в залежності від результатів гістологічного дослідження.

При підтвердженні ендометріозу потрібно провести ексцизійну терапію (висечення ділянки з вогнищами ендометріозу).

Нетипові тестові задачі:

1. Хвора 48-ми років скаржиться на контактні кровотечі. При огляді в дзеркалах виявлено гіпертрофію шийки матки. Остання має вигляд; цвітної капусти;, легко травмується, щільна. При бімануальному огляді: склепіння вкорочені, тіло матки малорухоме. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Рак шийки матки
- B. Фіброміома матки
- C. Ендометріоз
- D. Шийкова вагітність
- E. Папіломатоз шийки матки

2. Жінка 54-х років звернулася зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів після 2-річної аменореї. Під час ультразвукового та бімануального дослідження - патології з боку геніталій не виявлено. Яка тактика лікаря?

- A. Фракційне вишкрібання шийки та порожнини матки
- B. Кровоспинюючі препарати
- C. Утеротонічні препарати
- D. Естрогенний гемостаз
- E. Гістеректомія

3. В жіночу консультацію звернулася хвора 62-х років зі скаргами на наявність водянистих виділень, деколи з домішками крові з піхви. Менопауза 7 років. Періодично у хворої з'являються незначні болі внизу живота, здуття кишківника. Матка при вагінальному огляді збільшена в розмірах до 10 тижнів вагітності, обмежено рухома, чутлива. Додатки не визначаються. Яке дослідження слід провести для уточнення діагнозу?

- A. Роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки
- B. УЗД
- C. Контрастна рентгенографія
- D. Цитологічне дослідження мазків
- E. Пункція заднього склепіння

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – А, 3 – А.

3.2.Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні

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

Передракові стани шийки матки

Проста лейкоплакія	Безядерні поверхневі клітини з гіперкератозом Ознаки ороговіння сквамозного епітелія
Поля дисплазії багатошарового сквамозного епітелія	Групи багатошарового сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III) Вогнища дисплазованого багатошарового сквамозного епітелія у вигляді «стовпчиків», які заглиблюються у сполучну тканину
Поля дисплазії метаплазованого призматичного епітелія	Групи метаплазованого епітелія із дискаріозом (CIN I-III) Вогнища дисплазованого метаплазованого епітелія у вигляді «стовпчиків», які заглиблюються у сполучну тканину
Папілярна зона дисплазії багатошарового сквамозного епітелія	Групи багатошарового сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III) Вогнища дисплазованого багатошарового сквамозного епітелія з проліферацією сполучнотканинних сосочків
Папілярна зона дисплазії метаплазованого призматичного епітелія	Групи метаплазованого епітелія з дискаріозом (CIN I-III) Вогнища дисплазованого метаплазованого епітелія з проліферацією сполучнотканинних сосочків
Передпухлинна зона трансформації	Проліферація залозистого епітелія з дискаріозом (CIN I-III) Проліферація залозистого диспластичного епітелія по залозам
Кондиломи	Сквамозний епітелій різних шарів з койлоцитарною атипією (CIN I) Виражена проліферація сполучнотканинних сосочків, проліферація сквамозного епітелія з гіпер-дискаріозом

Передракові поліпи	Проліферація залозистого або сквамозного епітелія з дискаріозом (CIN I-III) Проліферація сполучнотканинних сосочків з диспластично зміненим залозистим або сквамозним епітелієм
--------------------	---

Діючою профілактикою РШМ є своєчасне виявлення і лікування фонових та передракових захворювань, зокрема дисплазії (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN) чи плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження шийки матки. За останні 10 років зросло число дисплазій ШМ у молодих жінок у віці до 30 років збільшилася кількість хворих початковими формами РШМ у віці 33-43 років, зросла смертність від РШМ у віковому інтервалі 25-49 років.

Фактором ризику розвитку РШМ є вірус папіломи людини (ВПЛ).

Найбільш канцерогенними штамми є ВПЛ 16 та 18 типи, які викликають 73,5% випадків РШМ. Роками персистуючи в клітинах епітелію шийки матки, ВПЛ призводить до мутацій, розвитку дисплазії та малігнізації.

Захворювання шийки матки класифікують на фонові стани, передракові (дисплазія), преінвазивний та інвазивний рак шийки матки.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Пов'язані з інфікуванням ВПЛ

- Ранній початок статевого життя – у порівнянні з віком першого статевого акту у 21 рік або старше, ризик збільшується у 1,5 рази для жінок 18-20 років і вдвічі для жінок молодше 18 років.
- Кілька статевих партнерів – у порівнянні з одним партнером, ризик збільшується вдвічі з двома партнерами та втричі з шістьма або більше партнерами.
- Статевий партнер високого ризику (наприклад, партнер із кількома сексуальними партнерами, інфекціями, що передаються статевим шляхом, у анамнезі або наявність інфекції ВПЛ).
- Інфекції, що передаються статевим шляхом (наприклад, *Chlamydia trachomatis*, генітальний герпес, баквагіноз, тощо) в анамнезі.
- Наявність в анамнезі плоскоклітинної інтраепітеліальної неоплазії або раку вульви чи піхви.
- Імуносупресія (наприклад, ВІЛ-інфекція).

Не пов'язані з ВПЛ:

- Низький соціально-економічний статус.
- Застосування комбінованих гормональних контрацептивів ≥ 5 років у ВПЛ-позитивних жінок.
- Тютюнопаління. Паління тютюну пов'язане із підвищеним ризиком плоскоклітинного раку шийки матки, але не аденокарциноми.
- Спадковість.

Американське онкологічне товариство (ACS) рекомендує особам з шийкою матки, розпочати **скринінг РШМ** у віці 25 років і проводити первинне тестування на вірус папіломи людини кожні 5 років до 65 років (бажано); якщо первинне тестування на ВПЛ недоступне, то особам у віці від 25 до 65 років слід проводити скринінг за допомогою ко-тестування (тестування на ВПЛ у поєднанні з цитологічним дослідженням) кожні 5 років або тільки цитологічне дослідження кожні 3 роки (прийнятно) (*наполеглива рекомендація*). ACS рекомендує особам віком >65 років, які не мали в анамнезі цервікальної інтраепітеліальної неоплазії 2 ступеня або більш тяжкого захворювання протягом останніх 25 років, і яким задокументували адекватні негативні результати попереднього скринінгу протягом останніх 10 років, припинити будь-який скринінг РШМ (*кваліфікована рекомендація*). Ці нові рекомендації щодо скринінгу відрізняються у 4 важливих аспектах порівняно з рекомендаціями 2012 року: 1) найкращою стратегією скринінгу є первинне тестування на ВПЛ кожні 5 років, причому ко-тестування і тільки цитологія є прийнятними, якщо доступ до первинного тестування на ВПЛ, схваленого Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA), ще недоступний; 2) рекомендований вік для початку скринінгу становить 25 років, а не 21 рік; 3) первинне тестування на ВПЛ, а також ко-тестування або тільки цитологічне дослідження, якщо первинне тестування недоступне, рекомендується починати з 25 років, а не з 30 років;

Комплексне обстеження хворих з патологією шийки матки

Діагностичні методи	
Основні методи обстеження	Додаткові методи обстеження (за наявності показань)
Збір анамнестичних даних	Бактеріоскопічне та бактеріологічне
Огляд шийки матки у дзеркалах	Вірусологічне
Цитологічне дослідження	Гормональне
Кольпоскопія	Кольпоцитологічне
Бімануальне піхвове дослідження	Сонографія органів малого тазу
Морфологічне дослідження цілеспрямованого біопсійного матеріалу	

Цитоморфологічне дослідження (дослідження клітин у зразку, взятому з шийки матки, під мікроскопом на наявність аномальних клітин (аномальні клітини можуть бути передраковими або раковими клітинами))

Для цього беруть мазки з підозрілих ділянок піхвової частини шийки матки, або зони трансформації (зовнішнє вічко шийки матки) цервікального каналу та передньобокової частини шийки матки. Мазки беруть за допомогою цервікальної щітки, наносять на предметне скло, сушать й фарбують за певною методикою (по Папаніколау або гематоксилінеозином). Дослідження мазків під мікроскопом дозволяє виявити атипові ракові клітини.

Протягом багатьох років велися роботи в напрямку підвищення чутливості і специфічності Рар-тесту (мазок Папаніколау).

Головним недоліком традиційного РАР-тесту - хибнонегативні заключення:

1. Втрати клітинного матеріалу (до 80%) при взятті і нанесенні на скло.
2. Неможливість зробити тонке і рівномірне нанесення на скло клітинного матеріалу через слиз, елементи запалення і зруйновані клітини
3. Недотримання правил фіксації матеріалу на склі. Підсушування клітин значно зменшує діагностичну інформативність мікропрепаратів.
4. Неповне фарбування клітинного матеріалу, пов'язане з його багатошаровістю (товстий мазок).

В результаті отримана вибірка клітин, не дозволяє достовірно оцінити цитологічний препарат і дає помилково негативні результати.

Рідинна цитологія - методика, під час якої клітинний матеріал додають в спеціальний стабілізуючий розчин, який забезпечує його збереження і відправляють в лабораторію, де клітини автоматично відокремлюються від домішків крові та слизу. Після репрезентативної вибірки клітини наносять на предметне скло моношаром і забарвлюють спеціальною фарбою, що покращує якість діагностики.

Результати цитологічного дослідження класифікують за системою Papanicolaou;

- 1) відсутність атипових клітин;
- 2) атипові клітини без ознак злоякісності;
- 3) підозра на рак;
- 4) деякі ознаки раку;
- 5) рак.

Класифікація Бетесда

Цитологічна класифікація Бетесда заснована на терміні SIL (Squamous Intraepithelial Lesion) - плоскоклітинне інтраепітеліальне ураження. Ця класифікація зараз використовується для трактування цитологічних мазків шийки матки. При цьому клінічне значення має три види препаратів: нормальні мазки, без цитологічних змін; «незрозумілі» мазки, які не мають певного значення, інакше кажучи - що не дозволяють досліднику точно відповісти на питання про характер ураження, але в той же час не є нормою (ASC-US, Atypical squamous cells of undetermined significance), і передраки низького (LSIL) і високого (HSIL) ступеня.

МЕТОДИКА ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Для цитологічного дослідження шийки матки заповнюється форма №203/о. Фактори, що негативно впливають на якість зразка клітин шийки матки:

- Менструація, аномальна маткова кровотеча;
- Запальні захворювання піхви та шийки матки;
- Статевий акт протягом 24 годин до забору зразка;
- Виражений генітоуринарний синдром;
- Вагітність, післяпологовий період та період лактації;
- Фізикальні маніпуляції або хімічні подразнення, такі як: попереднє пальцеве дослідження піхви, дезінфікуючий крем або розчин, лубрикант, вагінальні лікарські засоби, вагінальні спринцювання або сперміцидний гель (менш ніж за 24 години до цього), попередня кольпоскопія з оцтовою кислотою (менш ніж за 24 години до цього), попереднє ЦДШМ (менше ніж за 3 тижні до цього), хірургічне втручання на шийці матки (менше ніж за 3 місяці до цього);
- Променева терапія.

Якість препаратів може бути низькою під час вагітності та в ранньому післяпологовому періоді внаслідок реактивних запальних змін. Тому вагітним жінкам з нормальними результатами скринінгу РШМ в анамнезі можна відкласти забір матеріалу для ЦДШМ до 6-8 тижнів після пологів, за винятком випадків, коли останній скринінг РШМ був проведений більше 3 років тому та/або готовність жінки дотримуватись рекомендацій до скринінгу РШМ вважається низькою. Якщо попередній результат скринінгу РШМ був аномальним, і після цього жінка завагітніла, скринінг РШМ відкладати не слід.

Забір зразків для цитологічного дослідження шийки матки

Проведіть огляд шийки матки в дзеркалах. Використовуйте інструмент, який дозволить зробити мазок - ексфоліат з ендоцервіксу та ектоцервіксу, намагаючись зібрати клітини з зони переходу.

1. Забір за допомогою цервікальної щітки

За допомогою цервікальної щітки клітини ендоцервіксу та ектоцервіксу відбираються одночасно. Довгі щетинки цервікальної щітки збирають ендоцервікальні клітини, в той час як короткі щетинки - клітини екзоцервіксу. Притисніть щітку до шийки матки та поверніть 5 разів на 360° за годинниковою стрілкою з легким натисканням, обертаючи ручку між великим і вказівним пальцями робочої руки (Рис. 1).

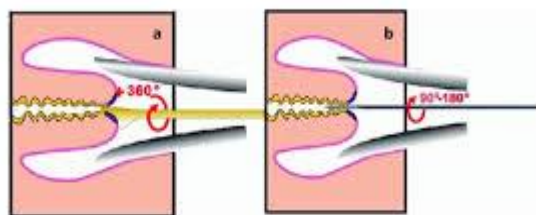


Fig. 4. Sampling of cellular material using the spatula (a: left) and the endocervical brush (b: right).

Рисунок 1. Забір клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою цервікальної щітки.

2. Забір клітин ендцервіксу за допомогою ендцервікальної щітки (цитобраш)

Введіть ендцервікальну щітку на дві третини в цервікальний канал так, щоб нижня щетинка залишалася видимою, і обережно поверніть її на 90-180°. Ендцервікальну щітку слід завжди використовувати в поєднанні зі цервікальною щіткою.

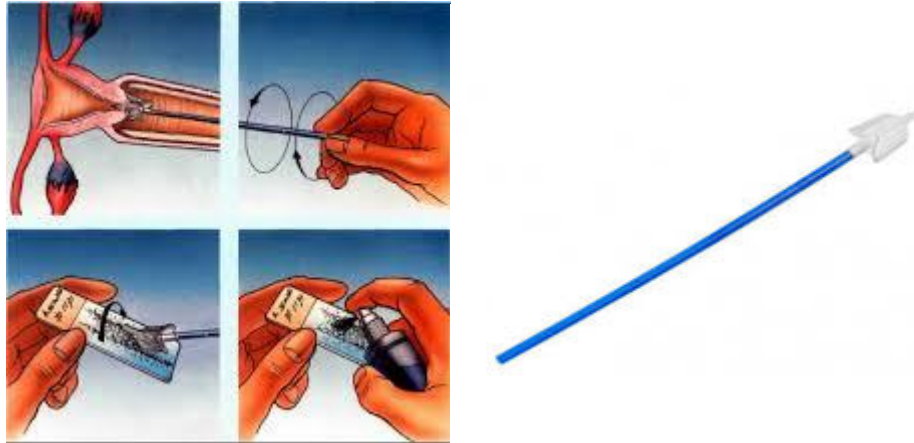


Рисунок 2. Забір клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою ендцервікальної щітки (цитобраш)

3. Забір за допомогою комбінованої цервікальної щітки

Для збору зразків за допомогою комбінованої цервікальної щітки обережно введіть центральну частину щітки в цервікальний канал, доки бічні щетинки не торкнуться екзоцервіксу. Потім притисніть комбі-щітку до шийки матки та поверніть на 2 оберти за годинниковою стрілкою, обертаючи ручку між великим і вказівним пальцями робочої руки. Комбі-щітку не використовують під час вагітності.

Зразок для рідинного ЦДШМ береться так само, як і традиційний мазок, необхідно дотримуватися інструкцій виробника щодо збору зразків.

Перенесення і фіксація зразків для традиційного цитологічного дослідження

1. Для перенесення клітинного матеріалу з цервікальної щітки на предметне скло проведіть нею вздовж предметного скла, переверніть і повторіть процедуру з іншого боку. Зафіксуйте мазок негайно 96% етиловим спиртом або іншим фіксатором.

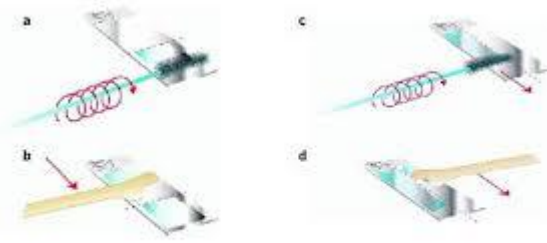


Fig. 5. Transfer of cellular material from the sampling device onto a glass slide

Рисунок 3. Перенос клітинного матеріалу з шийки матки за допомогою цервікальної щітки на предметне скло при традиційному тесті за Папаніколау

Для перенесення клітинного матеріалу з ендocerвікальної щітки на предметне скло проведіть (не витирайте) відразу по зовнішній третині предметного скла в напрямку, протилежному тому, в якому був зібраний матеріал, шляхом обертання ручки. Робіть прокатування щіткою по предметному склу одним рухом (не зигзагом) і без тиску, щоб отримати тонкий і рівномірний мазок. Зафіксуйте мазок негайно 96% етиловим спиртом або іншим фіксатором.

Рекомендується розміщувати предметне скло на плоскій поверхні для фіксації розпиленням, щоб уникнути нерівномірної фіксації. Для фіксації мазків можна використовувати 96% етиловий спирт та аерозольні фіксатори для цитологічних досліджень. Якщо використовується фіксація аерозолем, зразок слід негайно зафіксувати шляхом розпилення під прямим кутом з відстані 20 см. Важливо, щоб вологі мазки були зафіксовані негайно, щоб запобігти частковому висиханню на повітрі.

Збір зразка для тестування на ВПЛ може проводитись медичним персоналом згідно з наступною методикою:

Матеріалом для дослідження служить зішкріб з цервікального каналу та/або зони трансформації, виконаний цервікальною щіткою.

При огляді в дзеркалах вставте цервікальну щітку для збору зразка шийки матки для тестування на ВПЛ в зовнішнє вічко шийки матки, доки зовнішні або нижні щетинки не торкнуться екзоцервіксу (не вставляйте ендocerвікальну щітку або цервікальну щітку повністю в цервікальний канал). Поверніть цервікальну щітку за годинниковою стрілкою 5-6 разів (кількість обертів може відрізнятись у залежності від інструкцій виробника), обережно натискаючи на шийку матки. Вийміть щітку з цервікального каналу, уникаючи контакту зовнішньої сторони щітки або зразка з будь-яким іншим предметом. Вставте кінець цервікальної щітки в ємність для збору зразків і покрутіть, щоб ретельно промити в розчині. В залежності від інструкції виробника пристрою для забору зразків зламайте стрижень щітки по лінії надрізу або від'єднайте щітку від ручки, залишивши щітку всередині ємності. Встановіть кришку на ємність та надійно закрийте її. Помістіть ємність в мішок для зразків або контейнер для транспортування в лабораторію.

Збір зразка для тестування на ВПЛ може проводитись жінкою самостійно згідно з методикою, передбаченою діагностичною системою.

Дослідження шийки матки при аномальної клітинної морфології мазка за Папаніколау включає такі методики:

- проста і розширена кольпоскопія;
- біопсія шийки матки;
- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу (ендоцервікальний кюретаж);
- прицельна та конусовидна біопсія шийки матки

Проста кольпоскопія. Кольпоскоп встановлюється на відстані 10-15 см від входу в піхву. За допомогою гінекологічного дзеркала відкривається доступ до шийки матки, і за допомогою тампона видаляється серозні виділення. Лікар аналізує колір, стан шийки матки і піхви, а також судинну сітку.

Розширена кольпоскопія. Для розширеного дослідження застосовують розчини Люголя і 3% оцтової кислоти. Проба Шиллера дозволяє точно візуалізувати здорову тканину (забарвлюється коричневим відтінком).

Розширена кольпоскопія допомагає визначити ділянки патології, а відібраний з цих зон біопсійний матеріал направляється на гістологічне дослідження.

підозрілої на ураження тканини для мікроскопічного дослідження. На основі вивчення біопсійного матеріалу виставляють діагноз. Біопсію шийки матки, піхви, вульви можна й необхідно проводити за наявності показань — аномальних кольпоскопічних картин під час кольпоскопії. Така біопсія називається прицільною, тобто проводиться лікарем під кольпоскопічним контролем. Для гістологічного дослідження під час прицільної біопсії проводять забір двох-трьох зразків тканин.

ГІПЕРПЛАЗІЯ ЕНДОМЕТРІЯ - це патологічна проліферація залоз ендометрія зі збільшенням відношення залоз до стромы у порівнянні з нормальним проліферативним ендометрієм.

Вважається, що атипова гіперплазія (АГ) ендометрія найчастіше прогресує до раку ендометрія (РЕ) І типу, тому що вони мають схожий профіль генетичних змін і моноклонального росту. Фактично до 60 % пацієток з АГ вже мають інвазивний рак ендометрія або він розвинеться в майбутньому.

Діагностика Серед симптомів ГЕ у жінок репродуктивного віку спостерігають АМК – зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається. У постменопаузі необхідно аналізувати всі випадки вагінальних кров'яних виділень.

Обов'язкові:

- Детальний збір анамнезу з метою виявлення симптомів АМК та наявності факторів ризику ГЕ.
- Фізикальне обстеження. При проведенні фізикального обстеження можуть бути виявлені підвищений індекс маси тіла (ІМТ), ожиріння клінічні ознаки синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) -гірсутизм, акне.
- Дослідження щодо наявності структурних (лейоміома матки, поліп

ендометрія) та морфологічних порушень:ТВ УЗД органів малого тазу з доплерометрією або сольова інфузійна соногістерографія;

- Пайпель біопсія або
- Гістероскопія з прицільною БЕ з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Бажані:

- Загальний аналіз крові.
- Аналіз на пухлинний маркер СА 125
- Візуалізація органів малого тазу за допомогою ТВ УЗД і (або) МРТ, щоб виключити супутній рак яєчників та інвазивний РЕ.

ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКІВ

Пухлини яєчників займають друге місце серед новоутворень жіночих статевих органів – 8-11%. Доброякісні пухлини яєчників складають 75-80% від всіх пухлин яєчників.

До доброякісних пухлин яєчників відносяться такі поняття як кісти і кістоми яєчників. Кісти яєчників це пухлиноподібні утворення, що характеризуються скупченням рідини, серед нормальної тканини яєчників, оточеною чіткою капсулою. До них відносяться : фолікулярна кіста яєчника, кіста жовтого тіла, пароваріальна кіста. Кістома - це дісна пухлина яєчника, якій властиві всі характеристики пухлинного росту (доброякісного).

Рак яєчників займає 3-є місце серед гінекологічних пухлин після раку тіла та шийки матки та 7-є місце в структурі загальної онкологічної захворюваності.

Основні методи діагностики пухлин яєчників:

- Скарги(дискомфорт, біль внизу живота і попереку, порушення менструальної і репродуктивної функцій тощо).
- Анамнез хвороби та життя(перенесені дитячі інфекції, часті ангіни, хронічний тонзиліт, менструальна, генеративна, сексуальна функції, спадковість тощо).
- Загальне фізикальне обстеження.
- Гінекологічне ректо-вагінальне обстеження, шляхом якого встановлюється наявність і локалізація патологічного процесу, форма, величина матки і придатків, їх консистенція, рухомість, болючість при пальпації, анатоμο-топографічні взаємовідношення органів малого тазу тощо.
- Методи візуалізації: УЗД, трансабдомінальна ехографія, трансвагінальна ехографія, органів малого тазу, КТ, МРТ, органів малого тазу.
- Визначення онкомаркерів СА-125,СА 19-9, СА 72-4 для муцинозних епітеліальних пухлин; АФП та 3-ХГЛ – для гермногенних; інгібін - для гранулозоклітинних.
- Дослідження шлунково - кишкового тракту (фіброколоно-, фіброгастроскопія)
- Цитологічний метод дослідження випота в порожнину.

Онкомаркер СА125. Підвищений більш ніж у 80% всіх пацієнток з РЯ. Підвищується при доброякісний гінекологічних захворюваннях, ендометріозі, злоякісних пухлинах іншої локалізації, здорових жінок

репродуктивного віку.

Онкомаркер HE4 Секреторний білок 4 епідідіміса, кислий глікопротеїд. Належить до сімейства інгібіторів протеїназ та експресується в нормальному епітелії репродуктивних органів, верхніх дихальних шляхів і підшлункової залози. Підвищена продукція виявлена при РЯ та ендометрію, рідко - при поширеній формі аденокарциноми легень. При доброякісних гінекологічних захворюваннях, ендометріозі підвищення рівня не спостерігається.

3.2. Вимоги до результатів роботи:

- Скласти план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів
- Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при предракових захворюваннях жіночих статевих органів;
- Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- Призначати лікування і при предракових захворюваннях жіночих статевих органів

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Дівчина 24 роки, звернулася до лікаря зі скаргами на значні рідкі виділення з піхви. Статева життя з 22 років. Вагітностей не було. Контрацепцію не застосовує, має одного статевого партнера. Остання менструація була тиждень тому.

При огляді в дзеркалах: на передній губі шийки матки ділянка розміром 1см, взята біопсія встановлено діагноз: дисплазія шийки матки 1 ступеня.

Завдання: Визначте тактику ведення пацієнтки.

Відповідь: Необхідно провести поширену діагностику кольпоскопію з визначенням чинника розвитку патології: ПЦР тестування на наявність VPH 16-18 типу, ВПГ II типу, бак посів. виділень.

По отриманню результатів дослідження провести курс протизапальної та антибактеріальної терапії.

На етапі вилікування провести вакцинацію противірусною вакциною: Церварікс (4- валентною) або Гардасілом (4- або 9 валентною).

3. Хвора 59-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Постменопауза 12 років. При вагінальному обстеженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки не ерозована, з цервікального каналу незначні кров'янисті виділення. Матка звичайних розмірів, придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, не болючі.

Завдання: Які додаткові методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

Відповідь: Для уточнення діагнозу необхідно провести УЗД органів малого тазу, виконати дослідження стану ендометрія завдяки застосування: Пайпель-біопсії, гістероскопії з прицельною біопсією ендометрія, або роздільне діагностичне вишкрібання слизової порожнини матки. За результатами гістологічного дослідження буде встановлено об'єм оперативного втручання у пацієнтки.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Поліпоз ендометрію частіше виникає:

- A. У менопаузі
- B. Після пологів
- C. У клімактеричному періоді *
- D. Під час лікування прогестероном
- E. Після припинення прийому оральних контрацептивів

2. Хвора 18-ти років звернулася до гінеколога зі скаргами на появу бородавчастих підвищень у ділянці статевих органів. Під час огляду зовнішніх статевих органів на великих і малих статевих губах визначаються сосочкоподібні розростання, м'якої консистенції, безболісні. При гінекологічному дослідженні патології з боку внутрішніх статевих органів не виявлено. Який попередній діагноз?

- A. Гострокінцеві кондиломи
- B. Папіломатоз *
- C. Сифілітичні кондиломи
- D. Вегетуюча пухирчатка
- E. Рак вульви

3. Хвора 53-х років скаржиться на ниючий біль унизу живота, значне його збільшення за останні 5 місяців, схуднення, слабкість. При гінекологічному обстеженні виявлено: шийка матки чиста, матка не збільшена, не-болюча, малорухома. З обох боків визначаються пухлини розміром 10x13 см, з нерівною поверхнею, щільної консистенції, нерухомі. При перкусії живота спостерігається флуктуація. Яким буде попередній діагноз?

- A. Рак яєчників*
- B. Фіброміома матки
- C. Тубооваріальна пухлина
- D. Блукаюча нирка
- E. Ендометріоз

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

Тема: «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності, засвоїти основні методи обстеження вагітних жінок, уміти оцінювати внутрішньоутробний стан плода, та розробляти методи своєчасної профілактики.

Основні поняття: Діагностика ранніх термінів вагітності. Спостереження при фізіологічному перебігу вагітності. Обстеження вагітних під час візитів, профілактика ускладнень вагітності. Оцінка внутрішньоутробного стану плода. Біофізичний профіль плода. КТГ. Перинатальна охорона плода. УЗД.

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:

- Володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- Здатність встановлювати клінічний та попередній діагноз захворювання;
- Здатність діагностувати невідкладні стани;
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характеру харчування;
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- Здатність виконувати медичні маніпуляції;
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Діагностика ранніх термінів вагітності.
- Спостереження при фізіологічному перебігу вагітності.
- Обстеження вагітних під час візитів, профілактика ускладнень вагітності.
- Оцінка внутрішньоутробного стану плода.
- Біофізичний профіль плода.
- КТГ.
- Перинатальна охорона плода.
- УЗД.

Типові ситуаційні задачі:

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

Завдання: Які можливі ознаки вказують на існування вагітності?

Відповідь: При огляді жінки, лікаря турбує наявність нудоти, відразу до м'ясної страви, при огляді ціаноз слизових, злегка збільшена матка.

2. В жіночу консультації звернулась пацієнтка, що народжує вдруге. Прийомами зовнішнього акушерського дослідження пацієнтка 35 років обстежена. Термін гестації 37-38 тижнів. При пальпації матки над входом в малий таз пальпується об'ємна частина плода, що балотується. Спинка плода звернена вліво і назад щодо стінки матки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 140 ударів в хвилину зліва нижче рівня пупка.

Завдання: Поставте попередній діагноз.

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, 37-38 тижнів. Положення плода продольне, головне передлежання, перша позиція, заднє положення.

Типові тестові завдання:

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

- A. На рівні пупка.
- B. На середині відстані між мечовидним відростком і пупком.
- C. На 4 см нижче мечоподібного відростка.
- D. Під мечовидним відростком.
- E. На 6 см нижче мечовидного відростку

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

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

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 і передлежання плода?

- A. Поперечне положення, II позиція, відсутня передлегла частина.
- B. Косе положення, I позиція, відсутня передлегла частина.
- C. Поздовжнє положення, I позиція, головне передлежання.
- D. Поперечне положення, I позиція, відсутня передлегла частина
- E. Поперечне положення, II позиція.

Правильні відповіді: 1– B, 2 – B; 3 – D

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

Питання:

1. Будова статевих клітин. Запліднення і розвиток плідного яйця. Імплантація.
2. Критичні періоди розвитку ембріона і плода.
3. Вплив шкідливих факторів на ембріон і плід.
4. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
5. Методи обстеження вагітних. Зовнішнє і внутрішнє акушерське обстеження вагітних.
6. Топографія плода в матці.
7. Визначення дати пологів.
8. Зміни в ендокринній системі під час вагітності.
9. Зміни в геніталіях і молочних залозах під час вагітності.
10. Сумнівні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
11. Ймовірні ознаки вагітності і їх діагностична цінність.
12. Діагностика вагітності в ранні терміни.
13. Діагностика вагітності в пізні терміни.
14. Критерії оцінки біофізичного профілю плода
15. Можливості та функції УЗД

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

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі

1. До лікаря в жіночій консультації звернулася жінка 37 років зі скаргами на відсутність менструації протягом 3,5 місяців, набухання і болючість молочних залоз, підвищення апетиту. У пацієнтки 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 один самовільний викидень в термінах 8-9 тижнів і одні передчасні пологи в 35-36 тижнів, без ускладнень.

На момент 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.

Піхкове дослідження: 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. Встановіть діагноз.
2. На чому заснований лабораторний метод визначення вагітності?
3. В які терміни проводиться біохімічний скринінг, які параметри при цьому оцінюються?

Відповідь:

1. Діагноз. Вагітність III, 15 - 16 тижнів.
2. Лабораторний метод діагностики вагітності ґрунтується на визначенні в плазмі крові або сечі ХГЛ (β - субодиницю ХГЛ). Для лікарів, більш необхідним являється визначення ХГЛ в крові та УЗД органів малого тазу, чи відповідають вони терміну вагітності.

3. Біохімічний скринінг проводиться: 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. Повторно вагітна жінка поступила в акушерський стаціонар по направленню лікаря жіночої консультації. Вагітна перебуває на диспансерному обліку по вагітності з терміну 11 тижнів. Вагітність друга. Перша вагітність закінчилася пологами в строк. В даний час термін вагітності складає 30-31 тиждень. Перша половина вагітності ускладнилася загрозою переривання, проведена зберігаюча терапія в гінекологічному відділенні пологового будинку. 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 - 7×10^9 /л, ШОЕ - 29 мм/год.

В аналізі сечі: відносна щільність 1015, білок – відсутній, лейкоцити 0-2 в п/зору., еритроцити 1-2 в п/зору.

Завдання:

1. Поставте 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. Діагноз: Вагітність II, 30-31 тиждень. Поздовжнє положення, головне передлежання, II позиція, передній вид.
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.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна в терміні 36 тижнів в положенні лежачі на спині виказує скраги на кволість, утруднення дихання. Під час огляду в положенні на спині через 5 хвилин візначається задуха до 24 в хвилину, зниження артеріального тиску до 70/50 мм рт. ст; в положенні на боку ЧДР 20 в хвилину, артеріальний тиск 115/65 мм рт. ст.

Вкажіть причину даного стану.

- A. Синдром сдавлення нижньої полої вени
- B. Нейроциркуляторна дістонія по гіпотонічному типу
- C. Гіповолемія
- D. Прееклампсія
- E. Еклампсія

2. В жіночу консультацію звернулась вагітна з доношеною вагітністю: положення плода поздовжнє, головне передлежання, голівка притиснута до входу в малий таз. ОЖ – 100 см, ВСДМ – 38 см.

Визначте передбачувану масу плода по формулі Лебедева.

- A. 2800 г
- B. 3800 г
- C. 4500 г
- D. 3500 г
- E. 4000 г

Вірні відповіді: 1- A. 2-B.

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

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

Варіанти положення плода:

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

клубових ділянок, тобто нижче гребеня клубової кістки.

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

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

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

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

ГРАФІК ВІЗИТІВ ВАГІТНОЇ ДО ЛІКАРЯ

ЗМІСТ ПЕРШОГО ДОПОЛОГОВОГО ВІЗИТУ (ДО 12 ТИЖНІВ)

Уточнення анамнезу • Поточна вагітність (запланована, незапланована, жінка бажає пролонгувати або перервати вагітність).

- Медичний анамнез (перенесені хвороби, вживані ліки, сімейний анамнез [артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, генетичні захворювання], цитологічний скринінг шийки матки, вакцинація, операції на молочній залозі).
- Акушерський анамнез (попередні вагітності та пологи).
- Досвід грудного вигодовування.
- Харчування та фізична активність.
- Куріння, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами.
- Очікування, участь партнера/сім'ї, культурні та духовні питання, проблеми, знання щодо вагітності та пологів, грудного вигодовування і варіантів вигодовування немовлят.
- Фактори, які можуть вплинути на вагітність або пологи (наприклад, оперативні втручання на жіночих статевих органах).
- Психосоціальні фактори, які впливають на емоційне здоров'я та благополуччя жінки.
- Групи підтримки жінки та її інформаційні потреби.

Клінічна оцінка:

- Обговорення способу зачаття та дати останньої менструації, скерування на перше УЗД (у терміні 11+0 - 13+6 тижнів).
- Вимірювання зросту та ваги, обчислення ІМТ, слід надати поради щодо відповідної прибавки ваги.
- Вимірювання артеріального тиску.
- Проведення загального фізикального обстеження, клінічного обстеження молочних залоз, гінекологічного огляду.
- Проведення тесту на протеїнурію.
- Відкласти аускультацию серцебиття плода до 12 тижнів вагітності, якщо використовується доплер, і до 28 тижнів вагітності за допомогою доплера

або стетоскопа Пінарда.

- Оцінка факторів ризику прееклампсії, вагітній групи ризику слід повідомити, що низькі дози ацетилсаліцилової кислоти з ранніх термінів вагітності можуть бути корисними для профілактики прееклампсії.
- Оцінка факторів ризику передчасних пологів та надання відповідних рекомендацій з факторів ризику і захисних факторів.
- Заповнення Единбурзької шкали післяпологової депресії під час цього візиту або пізніше під час вагітності.
- Запитання про психосоціальні фактори, які впливають на психічне здоров'я.

Оцінка стану здоров'я вагітної

- Встановити групу крові, резус-фактор та наявність антитіл, загальний аналіз крові, розглянути можливість визначення рівня феритину в районах з високою поширеністю залізодефіцитної анемії.
- Оцінити фактори ризику цукрового діабету, запропонувати визначення рівня глікемії вагітній з виявленими факторами ризику.
- Рекомендувати обстеження на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс та безсимптомну бактеріурію, встановити імунний статус щодо червонички.
- Тестування на ВІЛ проводиться всім вагітним жінкам під час першого звернення за антенатальною медичною допомогою (скринінг). Використовують комбіновані медичні вироби для інструментальних методів, призначені для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ 1 та 2 типів, а також антигену р24 ВІЛ-1. Якщо ВІЛ-статус на момент першого звернення вагітної відомий як ВІЛ-позитивний, тестування не призначається.
- Запропонувати обстеження на гонорею вагітній з групи ризику.
- Запропонувати обстеження на хламідіоз вагітній молодше 25 років.
- У регіонах з високою поширеністю ППСШ розглянути можливість проведення обстеження на хламідіоз та гонорею всім вагітним.
- Запропонувати обстеження на трихомоніаз вагітній, яка має симптоми.
- Запропонувати обстеження на цитомегаловірус вагітній, яка часто контактує з великою кількістю маленьких дітей.
- Запропонувати обстеження функції щитовидної залози вагітній з симптомами або високим ризиком дисфункції щитовидної залози (тиреотропний гормон, вільний тироксин).
- Запропонувати дослідження на дефіцит вітаміну D лише за наявності відповідних показань.
- Запропонувати обстеження на хромосомні аномалії (дослідження рівнів біохімічних маркерів: вільного β -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого із вагітністю протеїна-A плазми PAPP-A; опційно - фактору росту плаценти PlGF).
- Запропонувати скринінг шийки матки вагітній, якій не проводили скринінг протягом рекомендованого періоду.
- Консультувати жінку щодо заходів профілактики токсоплазмозу та цитомегаловірусної інфекції.

Висновки

- Очікувана дата пологів/термін вагітності.

- Фактори ризику: фізичні, соціальні, емоційні.
- Необхідність скерування жінки до інших спеціалістів.
- Обсяг подальшого обстеження/лікування/профілактики.

Подальші дії:

- Консультування з варіантів ДПД та місця розродження.
- Направлення вагітної до інших спеціалістів за показаннями.
- Додаткові обстеження за показаннями.
- Загальні рекомендації (також для партнера/сім'ї): симптоми вагітності, дієтичні добавки, харчування, фізична активність, куріння, алкоголь, споживання психоактивних речовин, відвідування стоматолога.
- Детальна інформація про загрозливі симптоми.
- За потреби обговорення питання про консультування і переривання вагітності.
- Профілактичні втручання: фолієва кислота, йод, інші - за показаннями (наприклад препарати заліза).
- Вакцинація, включаючи грип та кашлюк.

16–19 ТИЖНІВ:

- Переглянути, обговорити та записати результати всіх проведених досліджень
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити, чи потрібні додаткове обстеження або консультації інших спеціалістів
- Оцінити зростання плода
- Запропонувати УЗД плода у 18–22 тижні вагітності
- Запропонувати вагітній зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності

20–27 ТИЖНІВ:

- Оцінити зростання плода за гравідограмою
- Обговорити рухи плода: терміни, нормальні цикли бадьорості та сну тощо
- Провести аускультацию серцебиття плода
- Виміряти артеріальний тиск
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен
- Тест на протеїнурію у жінки з клінічними ознаками прееклампсії (наприклад високий артеріальний тиск)
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності
- Тест на гіперглікемію між 24 та 28 тижнями вагітності
- У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ до 12 тижнів вагітності, друге тестування проводиться у терміні вагітності 20-24 тижні.
- У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ при зверненні у третьому триместрі (після 24-х тижнів), друге обстеження проводиться з використанням швидких (експрес) тестів при надходженні до пологового стаціонару для розродження.
- Повторити обстеження на феритин, якщо низький рівень виявлений у І триместрі

28 ТИЖНІВ:

- Оцінити зростання плода за гравідограмою
- Обговорити рухи плода
- Провести аускультацию серцебиття плода
- Загальний аналіз крові, резус-негативним жінкам визначити наявність антитіл до еритроцитів за системою Резус.
- Рекомендувати введення Анти-D (rh) імуноглобуліну резус-негативним неімунізованим жінкам у терміні 28-34 тижні
- Виміряти артеріальний тиск
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками преєклампсії
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності
- Провести тест на гіперглікемію, якщо це не зроблено раніше
- Дізнатися про психічне здоров'я та оцінити Единбурзьку шкалу післяпологової депресії
- Рекомендувати повторне обстеження на сифіліс на початку III триместру (28-32 тижні)

29–34 ТИЖНІ:

- Оцінити зростання плода за гравідограмою
- Обговорити рухи плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Переглянути, обговорити та записати результати обстежень, проведених на 28 тижні.
- Сформувати медичний висновок про тимчасову непрацездатність за категорією «Вагітність та пологи» у 30 тижнів вагітності.
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити жінок, які потребують додаткового догляду і направлення до інших спеціалістів.
- Надати інформацію з можливістю обговорити проблеми та поставити питання щодо підготовки до пологів і народження дитини, включно з планом ведення пологів, обізнаності жінки про періоди пологів, управління болем при нормальних пологах (ця інформація може знадобитися раніше жінкам з віддалених районів).
- Обговорити грудне вигодовування (наприклад, контакт «шкіра-до-шкіри» при народженні, раннє прикладання до грудей, сумісне перебування, прихильність, виключно грудне вигодовування, годування на вимогу, підтримку партнера).
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками преєклампсії.
- У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ при зверненні у другому триместрі (13-24 тижні включно), друге обстеження проводиться в 32-36 тижнів вагітності.
- У разі негативного результату другого тестування на ВІЛ у вагітних, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, а саме: жінка з серодискордантною

пари (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнер); людина, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом або секспрацівник; жінка, яка має нового статевого партнера з невідомим ВІЛ-статусом; жінка, в якій виявлена ППШ – проводиться третє обстеження із виявлення серологічних маркерів ВІЛ у терміні вагітності 32-36 тижнів або під час пологів з використанням інструментальних методів або швидких (експрес) тестів.

- Вагітним з невідомим ВІЛ-статусом або ВІЛ-негативним статусом із серодискордантних пар, якщо у ВІЛ-позитивного партнера не досягнуто вірусологічної супресії та/або він не отримує антиретровірусну терапію, тестування на ВІЛ призначається під час третього триместру вагітності.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

35–37 ТИЖНІВ:

- Оцінити зростання плода за гравідограмою.
- Обговорити рухи плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Загальний аналіз крові у 36 тижнів.
- Надати інформацію про догляд за новонародженою дитиною, зменшення ризику раптової смерті немовляти, скринінг для новонароджених та профілактику вітаміном К, психосоціальну підтримку, доступну в постнатальному періоді, включаючи ЗОЗ, з можливістю обговорити проблеми і задати питання.
- Оцінити передлежання плода шляхом зовнішнього акушерського дослідження з 36 тижнів вагітності та підтвердити підозру на тазове передлежання плода за допомогою УЗД.
- Для жінок з тазовим передлежанням плода обговорити варіанти, включно з зовнішнім поворотом плода для переведення у головне передлежання.
- Запропонувати обстеження на стрептококи групи В у терміні 36+0 -37+6 тижнів вагітності.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками преєклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

38–40 ТИЖНІВ:

- Оцінити зростання плода за гравідограмою.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Надати інформацію, включаючи нормальну тривалість вагітності та початок пологів, з можливістю обговорити будь-які страхи та занепокоєння і задати питання.
- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.
- Виміряти артеріальний тиск.

- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

ЖІНКИ, ЯКІ НЕ НАРОДИЛИ ДО 41 ТИЖНЯ:

- Надати інформацію, включаючи обговорення варіантів ведення переношеної вагітності з можливістю задати та обговорити питання.
- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.
- Запропонувати госпіталізацію до акушерського ЗОЗ.

ПРОВЕДЕННЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ

- УЗД у терміні 11+0–13+6 тижнів (КТР плода 45-84 мм), за нормальної анатомії плода та КП < 3,5 мм
- забір венозної крові вагітної для дослідження рівнів біохімічних маркерів (вільного β -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого із вагітністю протеїна-А плазми PAPPA; опційно - фактору росту плаценти PlGF) для розрахунку індивідуального ризику жінки щодо наявності розповсюдженої хромосомної патології у плода (трисомії 21, 18, 13 хромосом) і прогнозування ризику прееклампсії.

Основною метою цього УЗД є оцінка анатомічних структур плода, пошук ранніх вад розвитку і мінорних ехо-маркерів, уточнення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів.

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

- Провести консультування жінки.
- Оцінити стан 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 (всім вагітним при кожному візиті) огляд нижніх кінцівок на наявність варикозного розширення вен, аускультация серцебиття плода (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).
- Внутрішнє обстеження
- Лабораторні дослідження:

- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 22-23 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний - повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів - їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності - їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах
- УЗД-обстеження: перше - в терміні вагітності від 11 тижнів. + 1 день - 13 тижнів + 6 днів вагітності; друге - в терміні вагітності 18-21 тиждень. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.).
- Усна розповідь про проведення досліджень і оцінки стану пацієнтки
- Аналіз і обговорення результатів обстеження

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

Тестові завдання КРОК-2:

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

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

2. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 90 удхв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Яка тактика лікаря?

- A.** Медикаментозний сон
- B.** Призначити родопідсилення
- C.** Кесарський розтин
- D.** Накласти порожнинні акушерські щипці
- E.** Накласти вихідні акушерські щипці

3. Породілля 28 років, вагітність шоста, пологи другі, маса новонародженого 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Кровотрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилилися, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується. Ваш діагноз?

- А. Розрив матки
- В. Розрив шийки матки III ступеню
- С. Затримка частки плаценти
- Д. Атонічна кровотеча
- Е. Гіпотонічна кровотеча

Вірні відповіді: 1-С, 2-Е, 3-Е.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №5

ТЕМА: «ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ПРИ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності, засвоїти основні питання фармакотерапії, фармакокінетики і фармакодінаміки лікарських препаратів під час вагітності.

Основні поняття: Фармакоterapia під час вагітності при екстрагенітальних захворюваннях. Вагітність при захворюваннях серцево-судинної системи, хворобах органів сечовидільної системи; печінки та жовчного міхура, хворобах кровотворних органів, органів дихання, органів травної системи, ендокринної системи, нервової системи, органів зору, гострих та хронічних інфекційних хворобах, туберкульозу, ВІЛ.

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:

- Володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- Здатність встановлювати клінічний та попередній діагноз захворювання;
- Здатність діагностувати невідкладні стани;
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку, характеру харчування;
- Уміти визначати принципи активного ведення III періоду пологів, методи знеболювання в пологах;
- Способи шкідливого впливу лікарських речовин на плід;
- Критичні стадії розвитку системи «мати–плацента–плід»;

- Ступені тератогенності лікарських речовин;
- Групи факторів, що впливають на плацентарний бар'єр;
- Здатність використовувати свої фармакотерапевтичні знання;
- Здатність виконувати медичні маніпуляції;
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Фармакотерапія під час вагітності при екстрагенітальних захворюваннях.
- Вагітність при захворюваннях серцево-судинної системи, хворобах органів сечовидільної системи; печінки та жовчного міхура, хворобах кровотворних органів, органів дихання, органів травної системи, ендокринної системи, нервової системи, органів зору, гострих та хронічних інфекційних хворобах, туберкульозу, ВІЛ.

Типові тестові завдання

1. Першовагітна, 22 років, надійшла до пологового відділення з передчасним вилиттям навколоплідних вод. З діагнозом: Вагітність I, 18-19 тижн. Перейми слабкі, відкриття шийки матки 2 см. Який з лікарських препаратів необхідно призначити для підсилення пологової діяльності?

- A. Фолікулін.
- B. Окситоцин 5 ОД внутрішньом'язово.
- C. Окситоцин 5 ОД внутрішньовенно у 400 мл фіз. розчину.
- D. Метилергометрин. Д
- E. Дезаміноокситоцин.

2. Вагітна 20 років, надійшла до пологового відділення з діагнозом: вагітність 36-37 тижн. Пологи I. I позиція, передній вид, головне передлежання. Плацентарна недостатність. Синдром затримки росту плоду. Який з препаратів є найбільш ефективним в лікуванні?

- A. Актотегін.
- B. Аскорбінова кислота.
- C. Папаверину гідрохлорид.
- D. Гініпрал.
- E. Алое екстракт рідкий

3. Вагітна 27 років, надійшла до стаціонару з діагнозом: вагітність 9 тижн. Загрозливий мимовільний аборт. Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

- A. Дуфастон.
- B. Гініпрал.
- C. Папаверину гідрохлорид.
- D. Дексаметазон.

Е. Окситоцин

Вірні відповіді: 1-С; 2-А; 3-А

Типові ситуаційні задачі

1. Вагітна пацієнтка 25 років, надійшла до пологового відділення з діагнозом: Вагітність І, 32-33 тижн. Пологи І, І позиція, передній вид, головне передлежання. Загрозливі передчасні пологи.

Завдання: Який препарат повинен призначити лікар для проведення токолітичної терапії?

Відповідь: Гініпрал, рекомендована стандартна доза – 10 мкг (1 ампула по 2 мл) розведену у 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію, вводиться на протязі 5-10 хв, надалі показники вирішуються самостійно.

2. Першовагітна 30 років, надійшла до пологового відділення з скаргами на вагітність 35-36 тижн. Пологи І, І позиція, передній вид, головне передлежання. Прееклампсія важкого ступеня?

Завдання: Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

Відповідь: Початкова доза магнезії сульфат – 4 г повільно доведено протягом 15 хв. (приготувати 4 г шляхом додавання 16 мл 25% магнезії сульфат до 34 мл води для ін'єкцій). Підтримуюча доза - 1 г (3,33%) магнезії сульфат/год. доведено краплинно (приготувати 3,33% розчину шляхом додавання 30 мл 25% сульфату магнію до 220 мл 0,9% NaCl або Рінгера лактата) протягом 24 год. після пологів.

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

Питання:

1. Уміння забезпечити сімейному терапевту своєчасну діагностику даної екстрагенітальної патології.
2. Можливості на сучасному етапі в задоволенні фізіологічних потреб плода в основних харчових речовинах і енергії.
3. Задоволення потреб вагітної жінки в основних харчових речовинах і енергії для збереження її здоров'я, та здоров'я плода.
4. Забезпечення комфортного самопочуття, гарного настрою і високої активності жінки на всіх етапах вагітності.
5. Максимальна різноманітність харчових раціонів жінок з включенням в них всіх груп продуктів.
6. Обмеження продуктів з високою сенсibiliзуючою активністю.
7. Максимальне врахування індивідуальних потреб жінок.
8. Широке використання спеціалізованих продуктів харчування, збагачених білком, есенціальними жирними кислотами, вітамінами, мінеральними солями.

9. Інтенсивність матково-плацентарного кровообігу.
10. Здатність препарату до іонізації і розчинення в ліпідах, ступінь зв'язування з білками плазми.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Інтерактивне завдання:

Здобувачів розділити на 3 підгрупи. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез у вагітної, визначити перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, встановити попередній і клінічний діагноз захворювання

II підгрупа. Скласти план лікування жінки та визначити тактику ведення.

III підгрупа. Оцінити правильність відповідей I та II підгруп, при необхідності ввести корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора Н., 44 років, повторно вагітна, 28-28 тижнів, звернулася із скаргами на біль в правій клубовій ділянці, нудоту, блювоту, підвищену температуру тіла до гінеколога жіночої консультації.

При зовнішньому акушерському огляді встановлено: повздовжнє положення плода, головне передлежання, I позиція, передній вид. Під час огляду гінекологічні проблеми не турбують пацієнтку.

При загальному огляді, жінка квола, бліда, відсутність апетиту, турбує біль в правій клубовій ділянці.

Завдання: Який попередній діагноз? Яка подальша тактика обстеження, де проводити обстеження?

Відповідь: Діагноз: Вагітність II, Положення плода продольне, головне передлежання, I позиція, передній вид. Гострий апендицит.

Для подальшого обстеження та лікування необхідно пацієнтку спрямувати в хірургічний стаціонар.

2. Пацієнтка М, 30 років, вагітність 32-33 тижні, звернулася зі скаргами на набряк лівої нижньої кінцівки, біль в ній. Після госпіталізації в стаціонар виконано дуплексне сканування вен нижніх кінцівок, при якому було виявлено флотуючий тромб глибокої бедреної вени.

Зовнішнє акушерське обстеження, діагностувало положення плода продольне, головне передлежання, II позиція, задній вид. З боку акушерської патології проблем не виявлено.

Завдання: Який попередній діагноз? Яке ускладнення може загрожувати життю пацієнтки?

Відповідь: Діагноз: Вагітність 32-33 тижн., Продольне положення головне передлежання, II позиція, задній вид. ТЕЛА.

Необхідно призначити терапію, спостерігати за перебігом вагітності, в випадках які не піддаються корекції, та спілкуючись із хірургами спрямування пацієнтки до оперативного ходу вирішення даної проблеми.

Нетипові тестові завдання:

1. Роділля 25 років, III період пологів ведеться активно. Які з лікарських речовин застосовують у даному випадку?

- A. Метилергометрин внутрішньовенно.
- B. Мізопростол ректально.
- C. Окситоцин внутрішньом'язово 10 ОД.
- D. Окситоцин внутрішньовенно 5 ОД.
- E. Фолікулін

2. Породілля 27 років, маса плоду при народженні 4100 г. У ранньому післяпологовому періоді почалася кровотеча, дефіцит ОЦК склав 15 %. Який загальний обсяг інфузійно-трансфузійної терапії слід призначити?

- A. До 2,5 л.
- B. До 3 л.
- C. До 4 л.
- D. До 2 л.
- E. До 3,5 л.

3. Вагітна 32 років, надійшла до стаціонару з діагнозом: вагітність 7 тиж. Скарги на блювання до 7 разів на добу. Яка лікарська речовина є препаратом вибору?

- A. Аміназин.
- B. Токоферолу ацетат.
- C. Папаверин.
- D. Вітамін B6.
- E. Вітамін B1.

4. Породілля 30 років, у пізньому післяпологовому періоді підвищилася температура до 38°C. Встановлений діагноз: післяпологовий метроендометрит. Який з антибактеріальних препаратів найбільш прийнятний?

- A. Цефтріаксон.
- B. Аугментин.
- C. Ампіцилін.
- D. Метронідазол.
- E. Пеніцилін

Вірні відповіді: 1-С, 2-А, 3-А, 4-А

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

Фізіологічні зміни, що призводять до зміни концентарції медичних препаратів у крові в порівнянні з рівнем досяжної концентрації у невагітних, такі:

- збільшення внутрішньосудинного об'єму;
- збільшення швидкості клубочкової фільтрації; зниження рівня білків плазми крові, що призводить до зниження зв'язку препарату з білками крові й збільшенню кліренсу препарату;
- потоншення мембрани, яка відмежує плід від матері, що призводить до збільшення трансплацентарної дифузної спроможності, в результаті чого підвищується здатність проникнення ліків через плаценту;
- зниження рухової активності шлунково-кишкового тракту, що супроводжується затримкою всмоктування ліків при прийомі їх у середину;
- прискорення руйнування препаратів у печінці.

У всьому світі широко користуються такими категоріями ризику застосування ліків при вагітності, розробленими Американською адміністрацією з контролю за ліками і харчовими продуктами (FDA-Food and Drug Administration):

А – ліки, які були прийняті великою кількістю вагітних і жінками дітородного віку без будь-яких доказів їх впливу на частоту розвитку вроджених вад розвитку або шкідливої дії на плід;

В – ліки, які застосовувала обмежена кількість вагітних і жінок дітородного віку без будь-яких доказів їх впливу на частоту розвитку вроджених вад розвитку або шкідливої дії на плід. При цьому в дослідженнях на тваринах не знайдено збільшення частоти пошкодження плода або такі докази отримані, але доведеної залежності отриманих результатів із застосуванням препаратів не визначено;

С – ліки, які в дослідженнях на тваринах продемонстрували тератогенну або ембріотоксичну дію. Є підозри, що вони можуть викликати зворотну шкідливу дію на плід або новонародженого (обумовлену фармакологічними властивостями), але такі, що не викликають розвитку вроджених аномалій. Підконтрольні дослідження на людях не проводилися;

О – ліки, які викликають або підозрюються в тому, що вони можуть викликати вроджені аномалії або незворотні ушкодження плода. Слід співвідносити ризик для плода з потенційною корисністю від застосування медичного препарату.

Х – ліки з високим ризиком розвитку вроджених аномалій або стійких ушкоджень плода, оскільки є докази їх тератогенної або ембріотоксичної дії як у тварин, так і у людини. Їх застосовувати під час вагітності не слід.

Лікарські препарати можуть бути розподілені на три групи:

- ЛП, що не проникають через плаценту, тому не спричиняють негативний вплив на плід;

- ЛП, що проникають через плаценту, але не спричиняють негативний вплив на плід;

- ЛП, що проникають через плаценту і накопичуються в тканинах плоду, та мають негативний вплив на плід.

Особливої значності набуває вплив лікарських речовин на **центрально нервову** систему плода. Ембріотоксичні ефекти препаратів тим більш виражені, чим менший строк внутрішньоутробного розвитку плода і чим більша фармакологічна активність і доза препарату.

На розподіл препарату в організмі впливають чисельні фактори: зміна гемодинаміки, обсяг крові, що циркулює, кількість жирової тканини в організмі, білковий склад крові. Гемодинамічні зміни обумовлені зростанням при вагітності обсягу плазми (на 30-40%), позаклітинної рідини (на 5-8 л) і підвищенням кількості еритроцитів на 18-20%. Збільшення кількості жиру в організмі під час вагітності (в середньому на 3-4 кг) має значення для жиророзчинних препаратів, які накопичуються в цій тканині.

Тератогенез включає в себе поняття про розвиток не тільки органічних, та функціональних аномалій у новонародженого. Після закінчення періоду ембріогенезу можна більше не остерігатися виникнення вад розвитку.

Сьогодні виділяють такі критичні періоди в життя ембріону,

1. 3 моменту зачаття – до 11 дня.

2. 11 дня до 3 тижня, коли у плода починається органогенез. моменту закриття нервової трубки).

3. Між 4 і 9 тижнями, коли зберігається небезпечність затримки росту плода, але тератогенна дія практично вже не проявляється.

4. Плідний період (з 9 тижня до народження дитини), коли можуть виникати порушення постнатальних функцій і різні поведінкові аномалії.

ЛП, застосування яких протипоказано під час вагітності.

Антибактеріальні препарати:

-антибіотики тетрациклінового ряду – порушення формування костної тканини у плода і мають гепатотоксичні властивості;

-хлорамфенікол (левоміцетін) – ризик пригнічення функції костного мозку і можливості розвитку «сірого синдрому новонароджених»;

-фторхінолони – діють на міжсуставні хрящі у період росту плода і новонародженого;

-ко-тримоксазол (бісептол та його аналоги) – значно підвищує ризик вроджених аномалій плоду;

-ріфампицин, лінкоміцин, етіонамід, хлорохін (делагіл), грізофульвін, леворін.

Інші ЛП:

- усі статіни (ловастатін, сімвастатін, мевакор, зокор);

- непрямі антикоагулянти (фенілін, пелентан);

- антигістамінні препарати (дімедрол, піпольфен, супрастин);

- пероральні цукорзнижуючі препарати;

- антигонадотропні препарати (даназол, клостільбегіт);

- андрогени;

- антидепресанти, барбітурати, нейролептики (галоперідол, тізерцин);
- бензодіазепіни;
- протипаркінсонічні препарати (паркопан, циклодол, наком);
- нестероїдні протизапальні препарати (мелоксікам, бутадіон).

Бета-лактамні антибіотики.

Пеніциліни. Природні (біосинтетичні) пеніциліни: феноксиметилпеніцилін, біциліни є препаратами вузького спектру дії. До них чутливі збудники дифтерії, сифілісу та більшість анаеробів. Напівсинтетичні пеніциліни поділяються на:

- пеніциліназостійкі з переважною активністю проти Грам (+) мікроорганізмів („антистафілококові"): метицилін, оксацилін, клоксацилін, диклоксацилін;
- пеніциліни широкого спектру дії (за винятком пеніциліназоутворюючих стафілококів і синяво-гнійної палички): ампіцилін, амоксицилін;
- широкого спектру дії з додатковою активністю проти синяво-гнійної палички: карбеніцилін, азлоцилін;
- пеніциліни з переважною активністю проти Грам(-) мікроорганізмів: мецилінам, ацидоцилін.

Цефалоспорины перевищують пеніциліна за натибактеріальною активністю.

Цефалоспорины I покоління: цефазолін, цефалотин, цефалексин – антибіотики порівняно вузького спектру дії.

Цефалоспорины II покоління: цефотоксин, цефуроксим мають більш широкий спектр антимікробної дії. Можливості антибактеріальної терапії вагітних препаратами II покоління поширюються засобами, які можна використовувати у двох лікувальних формах. Цефуроксим діє бактерицидно проти стрептококів, метицилінчутливих стафілококів і ряду Грам (-) мікроорганізмів (гемофільна паличка, гонококи, ентеробактерии).

У цефалоспоринів III покоління спектр антимікробної активності зміщений до боку Грам(-) збудників і анаеробів – основних патогенів нозокоміальних інфекцій. Цефтазидим за антисинявогнійною активністю перевищує усі інші антибактеріальні засоби. Цефтріаксон відрізняється пролонгованою дією (використовується 1 раз на добу) і високою проникаючою здатністю до різних органів та тканин, у тому числі через гематоенцефалічний бар'єр.

Цефалоспорины IV покоління переборюють резистентність більшості Грам (-) бактерій і мають високу активність проти Грам (+) бактерій, у тому числі пеніцилін-резистентних пневмококів. Еталоном є цефепім. Препарат добре проникає в усі органи та тканини, а його висока концентрація в крові після внутрішньовенного використання обумовлює 2-разовий режим введення. Широкий спектр антимікробної дії дозволяє використовувати цефепім для монотерапії нозокоміальних інфекцій, але при підозрі на анаеробну флору або наявність синьогнійної палички його необхідно поєднувати з метронідазолом або амікацином, відповідно. Він безпечний при вагітності, не викликає пошкоджень у плода, не збільшує алергізацію вагітної.

Негативного впливу на новонародженого також не чинить, оскільки проникає в грудне молоко в низьких концентраціях.

Карбапенеми: (тіснам, меронем) мають надзвичайно широкий спектр антимікробної дії, яка включає практично усі клінічно значимі Грам (+) і Грам (-) аероби та анаероби.

Аміноглікозиди. Аміноглікозиди не абсорбуються з шлунково-кишкового тракту, тому застосовуються парентерально. До препаратів I покоління відносяться стрептоміцин, канаміцин, які мають високу ото- і нефротоксичність і навіть обмежені показання до використання.

Тетрацикліни. Характеризуються бактеріостатичним ефектом, широким спектром антимікробної дії, однак вони високотоксичні, що не дозволяє використовувати їх під час вагітності.

Макроліди. Вважаються порівняно безпечними під час вагітності (за винятком рокситроміцина). Мають ефект у відношенні порівняно широкого спектру Грам (+) і Грам (-) бактерій, а також рикетсій та спірохет, причому можуть пригнічувати розвиток деяких штамів збудників, стійких до пеніцилінів.

Спіраміцин (роваміцин) більш, ніж інші макроліди, активний проти стрептококів, у тому числі пневмококів, резистентних до успішно використовуватися для лікування токсоплазмозу під час вагітності.

Рифампіцини. Характеризуються широким спектром бактерицидної дії, яка включає мікобактерії, рикетсії, бактерії, легіонели, хламідії. Однак до нього швидко формується резистентність збудників, тому він в основному застосовується при туберкульозі та тяжких кокових інфекціях. В експерименті на тваринах виявлена тератогенна дія.

Лінкосаміни. Лінкоміцин і кліндаміцин – одні з ефективних антибіотиків резерву при інфекціях, які викликані штамми стафілококів та інших Грам (+) збудників.

Ванкоміцин – єдиний антибіотик, який ефективно діє на метицилінрезистентні штами стафілококів.

Сульфаніламід. Мають широкий спектр антимікробної дії проти аеробів і анаеробів, актиноміцет і збудника токсоплазмозу. Але вони викликають багато побічних ефектів.

Фторхінолони. Ципрофлоксацин, офлоксацин є високоактивними протимікробними препаратами широкого спектру дії, ефективні як у відношенні Грам (+) і Грам (-) мікроорганізмів.

Протигрибкові засоби.

Похідні азолів – флуконазол, ітраконазол при вагітності не рекомендуються. Одним з ефективних і безпечних засобів, які можна застосовувати у вагітних, є натаміцин, який визнаний одним з препаратів вибору для лікування кандидозу. Він сприяє не тільки етіопатогенетичному лікуванню, але й ліквідує фактори, що сприяють грибовій інфекції (санація “депо” інфекції в кишечнику).

При локальних кандидозах та інших грибових ураженнях порівняно безпечним є ністатин. Однак його ефективність невелика, особливо при

кандидозах статевих шляхів у вагітних. Широкий спектр дії має клотримазол. Одним з найбільш ефективних засобів лікування системних мікозів є флуконазол. Під час вагітності препарат слід застосовувати тільки при грибкових інфекціях, що загрожують життю.

Периферійні вазодилататори.

Верапаміл впливає на елементи провідної системи міокарда, уповільнює ЧСС і має антиартизмичну дію. Використовується при підвищенні АТ у вагітних і для лікування тахікардії у плода.

Ніфедипін застосовують для лікування артеріальної гіпертензії і гестозу, а також як токолітичний засіб для лікування загрози передчасних пологів, патологічного прелімінарного періоду й для підготовки вагітних до пологів. У тварин ніфедипін має тератогенний і ембріотоксичний ефект.

Діуретики.

Вагітним сечогінні препарати слід призначати обережно, особливо при тяжких формах пізнього гестозу.

Тіазидні та тіазидоподібні діуретики діють на дистальний відрізок початкового відділу ниркових каналців, збільшують екскрецію натрію, води та хлору. Вони знижують АТ за рахунок збільшення виділення натрію, зменшення об'єму плазми, позаклітинної рідини та серцевого викиду. Гіпотензивний ефект діуретиків пов'язаний також зі зменшенням загального периферійного судинного опору.

Гідрохлортіазид – діуретик з помірною за силою і середньою за тривалістю дією. В I триместрі вагітності він знижує кровотік в судинах пуповини і плацентарну трансфузію, зменшує ендокринну функцію плаценти, змінює кліренс естрадіолу, тим самим може призводити до появи вроджених вад розвитку плода. При його застосуванні у III триместрі вагітності спостерігається більш часта індукція пологів, інертність матки, підвищується перинатальна смертність.

Фуросемід у людини добре проникає через плаценту, його концентрація в крові пуповини дорівнює такій у плазмі крові матері.

Антиаритмічні засоби.

Лідокаїн – це ефективний засіб лікування шлункових порушень ритму у вагітних. Він швидко проникає через плаценту. Засіб може викликати депресію дихання новонародженого, різні зміни ЧСС плода.

Антиагреганти й антикоагулянти.

Гепарин – природний антикоагулянт прямої дії, він утворює комплекс з антитромбіном III, переводить його в активну форму, у результаті чого уповільнюється процес згортання крові. Він не проникає через плаценту, тому не викликає вроджених аномалій, однак зменшення вмісту кальцію може негативно відбутися на стані плода. Тривале застосування гепарину може призводити до остеопенії у матері та плода. Збільшується ризик кровотеч у плода.

Антикоагулянти непрямої дії – застосовуються для профілактики венозних тромбозів.

Анальгетичні засоби.

Парацетамол характеризується оптимальним співвідношенням ефективності та безпечності, а також і різноманітністю лікарських форм. Він має анальгетичну, жарознижуючу і помірну протизапальну дію. Не чинить пошкоджуючого впливу на слизову оболонку ШКТ. Не має впливу на функцію тромбоцитів і не збільшує ризик геморагій. Проникає через плаценту, але не має негативного впливу на плід.

Анальгін має анальгетичний, протизапальний та жарознижуючий ефекти. При тривалому застосуванні можливе пригнічення кровотворення. У великих дозах і при тривалому лікуванні може викликати анемію, порушення функції печінки та нирок плода.

Наркотичні анальгетики.

Морфін – основний представник групи наркотичних анальгетиків. Він швидко проникає через плаценту і може викликати наркотичну залежність у плода і в подальшому у новонародженого. Морфін збільшує контрактильність матки і викликає депресію дихання у новонародженого.

Промедол – не збільшує числа вроджених аномалій, але формування наркотичної залежності у плода вірогідне. Викликає депресію дихання новонародженого. Тривалість депресії 1 година і більше після пологів. Психічні параметри дитини не страждають.

Трамадол – має порівняно низький наркогенний потенціал і широке коло показань при помірних і сильних гострих і хронічних больових синдромах.

Протизапальні засоби.

Глюкокортикоїди мають протизапальну й імунодепресивну дію. При прийомі впродовж усієї вагітності, не відзначалось їх впливу на тривалість вагітності і частоту вроджених вад, але спостерігалось деяке зниження маси тіла і довжини новонароджених. Неврологічний стан і розумовий розвиток дітей були нормальними.

Кортизол застосовується тільки як засіб для замісної терапії при наднирковій недостатності під час вагітності.

Преднізолон може призводити до розвитку вродженої катаракти і зниження функції кори надниркових залоз, викликає імуносупресію, що збільшує ризик інфікування матері і плода.

Дексаметазон за протизапальною активністю перевищує преднізолон. Мінералокортикоїдна дія його найменше виражена. Він проникає через плаценту, може негативно впливати на плід. Викликає у плода лейкоцитоз, зменшення функції кори надниркових залоз, збільшення рівня андрогенів і вірилізацію плодів жіночої статі. Препарат знижує рівень естріолу і кортизолу у крові матері. В людини він не збільшує частоту вроджених аномалій плода. Він значно знижує вірогідність розвитку і тяжкість синдрому дихальних розладів у новонароджених і смертність від цих та інших ускладнень у недоношених.

Нестероїдні протизапальні засоби.

Ацетилсаліцилова кислота в низьких дозах (60-80 мг на добу) застосовується для запобігання прееклампсії та еклампсії. Токсична дія на плід у цих дозах не проявляється. Застосування ацетилсаліцилової кислоти у

великих дозах збільшує число вроджених аномалій і перинатальну смертність, знижує вагу плода, приводить до внутрішньоутробної інтоксикації саліцилатами.

Індометацин при вагітності застосовується у хворих із захворюваннями суглобів, аутоімунних захворюваннях, а також іноді застосовується при загрозі передчасних пологів, оскільки має токолітичний ефект. Він відносно безпечний для плода під час вагітності, однак слід бути уважним при його призначенні, оскільки він проникає через плаценту і визначається в крові плода. У плода може бути раннє закриття артеріальної протоки, що обумовлює легенеvu гіпертензію у немовлят.

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

1. Скласти план необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень при патологічних станах у вагітних;
2. Оцінювати результати клініко-лабораторних та інструментальних досліджень;
3. Вміти організовувати консіліума при патологічних процесах у вагітних;
4. Встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
5. Вміти діагностувати стан вагітної;
6. Надавати екстрену медичну допомогу при станах у вагітних.

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

Тестові завдання КРОК-2:

1. Мати двох дітей скаржиться на наявність м'якоеластичних вузлів по латеральній поверхні лівої гомілки та лівого стегна, набряк наприкінці дня, Після відпочинку вночі набряк зникає. Початок хвороби пов'язує з вагітністю то пологам. Застосує еластичні панчохи.

Який буде попередній діагноз?

- A. Варикоз вен ніжних кінцівок
- B. Тромбофлебіт підшкірних вен ніжних кінцівок
- C. Тромбоз глибоких вен ніжних кінцівок
- D. Посттромбофлеботичний синдром
- E. Тромбоз вен малого тазу

2. Вагітна жінка (28 тижнів) була доставлена в стаціонар в тяжкому стані з діагнозом: тромбофлебіт глибокої стегнової вени, яки ускладнився тромбоемболією мілких гілок легеневої артерії. Під час дуплексного дослідження було знайдено тромбоз глибокої стегнової вени.

Яка подальша тактика необхідна бути по відношенню до даної пацієнтки?

- A. Теплі ванни, гірудотерапія, гепарінова мазь
- B. Антибіотикотерапія, бронхоскопія, санація бронхіального дерева, профілактика пневмонії.
- C. Лікувальна ходьба, призначення варфаріну, масаж ніг.

D. Ліжковий режим, призначення гепарину, рішення питання щодо встановлення кава-фільтру

E. Терапевтична тактика

3. Жінка 39 років у важкому стані. Вагітність 10 тижнів, вагітність бажана. Виснажена. Скаржиться на часте блювання кавовою гущею та свіжою кров'ю з домішками шматочків тканин, різку загальну слабкість, спрагу, сухість в роті, запаморочення. Після проведеного комплексного гемостатичного лікування з повторними гемотрансфузіями кровотеча зупинена. Стан хворої поступово покращувався. Кал став нормального кольору, Нв з 68г/л піднявся до 90г/л. Рентгенологічно: в антральному відділі шлунку чашоподібний рак діаметром 6,5см.

Ваш діагноз? Яке лікування показане хворій на даний час?

A. Очікування природного родорозрішення та оперативне лікування з приводу раку.

B. Негайне передчасне переривання вагітності, комплексна хіміо-променева та хірургічне лікування раку шлунка

C. Тільки променева терапія, завершення вагітності кесарським розтином.

D. Хіміотерапія, переривання вагітності.

E. Симптоматична терапія, переривання вагітності тільки при погіршенні стану плода.

Вірні відповіді: 1-A; 2 – D; 3 - B

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №6

ТЕМА: «КУРАЦІЯ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ»

Мета: Засвоїти основи консультування; основи психологічної підтримки жінки під час пологів; переваги партнерських пологів; принципи медичної етики та деонтології; основні форми первинної облікової документації. Засвоїти особливості і правила курації в акушерському відділенні; структуру історії пологів; загального об'єктивного обстеження вагітних; етапи спеціального обстеження вагітної; перебіг I, II, III періоду пологів; клінічне ведення I, II, III періодів пологів; правила заповнення партограми; правила огляду пологових шляхів; первинний туалет новонародженого; перебіг післяпологового періоду. Оволодіти та удосконалити навички оцінки скарг жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю, під час пологів та в післяпологовому періоді; проведення внутрішнього акушерського дослідження, вимірювання діагональної кон'югати. Освоїти збір та оцінку анамнеза стосовно загальних та специфічних функцій жіночого організму.

Основні поняття: Здатність до визначення необхідних за списком лабораторних та інструментальних досліджень і оцінка їх результатів. Здатність до встановлення клінічного діагнозу.

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:

Засвоїти:

- основи консультування;
- основи психологічної підтримки жінки під час пологів;
- переваги партнерських пологів;
- принципи медичної етики та деонтології;
- основні форми первинної облікової документації;
- особливості і правила курації в акушерському відділенні;
- структуру історії пологів;

- загального об'єктивного обстеження вагітних;
- етапи спеціального обстеження вагітної;
- перебіг I, II, III періоду пологів;
- клінічне ведення I, II, III періодів пологів;
- правила заповнення партограми;
- правила огляду пологових шляхів;
- первинний туалет новонародженого;
- перебіг післяпологового періоду;

Оволодіти та удосконалити:

- навички оцінки скарг жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю, під час пологів та в післяпологовому періоді;
- проведення внутрішнього акушерського дослідження,
- вимірювання діагональної кон'югати;
- ведення пологів у I, II, і III періодах;
- встановлення ознак відділення посліду;
- проведення огляду пологових шляхів;
- проведення огляду посліда, оцінка цілісності посліда;
- проведення первинного туалету новонародженого із забезпеченням принципів "теплого ланцюжка";
- оцінювання стану новонародженого за шкалою Апгар;
- оцінювання ступеню крововтрати;
- оцінювання стану породіллі у різні доби післяпологового періоду; консультування з питань післяпологової контрацепції;
- проведення збору та оцінювання анамнезу стосовно загальних та специфічних функцій жіночого організму;
- проведення об'єктивного обстеження (загального і спеціального);
- проведення зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда);
- проведення вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки;
- визначення передбачуваної маси плода;
- проведення аналізу результатів УЗД, КТГ, БПП;
- визначення терміну вагітності, допологової відпустки і передбачуваної дати пологів;
- визначення початку першого періоду пологів, об'єктивної оцінки характеру пологової діяльності (динаміку розкриття шийки матки, частоту, силу та тривалість перейм);
- визначення і оцінку серцебиття плода (аускультативно, КТГ);
- демонстрацією активної тактики ведення III періоду пологів (на фантомі);
- демонстрацією очікувальної тактики ведення III періоду пологів (на фантомі).

Написати учбову історію пологів.

Перелік дидактичних одиниць:

- Здатність до визначення необхідних за списком лабораторних та інструментальних досліджень і оцінка їх результатів.
- Здатність до встановлення клінічного діагнозу.

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

Питання:

1. Гігієна і харчування вагітної.
2. Визначення допологової відпустки і дати пологів.
3. Ведення фізіологічної вагітності. Гравідограма.
4. Психопрофілактична підготовка до пологів.
5. Періоди пологів. Тривалість їх у першо- та повторнонароджуючих.
6. Період розкриття шийки матки в пологах. Клініка, ведення.

Партограма.

7. Період вигнання плода. Клініка, ведення.
8. Визначення цілісності посліду. Поняття про фізіологічну та патологічну крововтрату.
9. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.

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

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з планування сім'ї, підбору метода контрацепції.

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

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.

Тестові завдання:

1. Першовагітна в терміні 31-32 тижні відмічає появу кров'янистих виділень зі статевих шляхів в невеликій кількості, що з'явилися на фоні абсолютного спокою. Загальний стан вагітної та плода задовільний. (АТ – 110/70 мм.рт.ст., пульс 78 уд, ЧСС – 142 ударів в 1 хв.), матка у звичайному тонусі положення плода косе, голівка більше справа, високо над входом в малий таз. Тактика лікаря?

А. Госпіталізувати в акушерський стаціонар

- B. Організувати стаціонар на дому
- C. Обстежити хвору в онкодиспансері
- D. Призначити кровозупинні засоби
- E. Призначити консультацію проктолога

2. У роділлі з багатоводдям під час положення на спині раптово з'явилися запаморочення, загальна слабкість, миготіння "мушок" перед очима, задишка. Спостерігається зниження АТ до 90/40 мм рт.ст. Встановіть найбільш вірогідний діагноз.

- A. Сидром нижньої порожнистої вени
- B. Геморагічний шок дому
- C. Анафілактичний шок
- D. Септичний шок
- E. Кардіогенний шок

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – А

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Жінка, 23 роки, звернулася до лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації у зв'язку з першою вагітністю. Скарги відсутні. Має з собою заключення проведеного 4 тижні тому ультразвукового обстеження із встановленою матковою вагітністю терміном 6 тижнів. Анамнези не обтяжені. У пацієнтки свідомість ясна, конституція тіла правильна, ріст 166 см, маса тіла 64 кг, артеріальний тиск 100/60 мм.рт.ст. (до вагітності 120/70 мм рт.ст.), пульс 88 уд/хв із задовільними характеристикам. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

Відповідь: Діагноз: Вагітність I, 12 тижнів.

2. Жінка., 33 роки, вагітність перша, звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на зменшення маси тіла протягом останніх 3-х днів на 1500 г. Також відмічає, що їй легше дихати. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. АТ — 120/80 мм рт.ст. При огляді живота виявлено помітне випинання пупка. Окружність живота — 98 см, висота стояння дна матки, виміряна сантиметровою стрічкою – 32 см.

Відповідь: Діагноз: Вагітність I, 39-40 тижнів. Поздовжнє положення плода. I період пологів, латентна фаза.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна звернулася в жіночу консультацію для взяття на облік з приводу вагітності. Вагітність перша, 2 тижні як відчула ворухіння плоду. Скаржиться на спрагу, млявість, зниження апетиту. В анамнезі у батьків цукровий діабет. При обстеженні в аналізі сечі знайдено цукор. Яку патологію можна запідозрити у вагітної?

- A. Холецистит
- B. Анемія вагітних
- C. Цукровий діабет

- D. Панкреатит
- E. Пієлонефрит

2. У жіночій консультації взята на облік вагітна 25 років з анатомічно звуженим тазом II ступеня. Яке ускладнення в пологах найбільш загрозливе?

- A. Дистрес плода
- B. Розрив матки
- C. Випадіння мілких частин плода
- D. Раннє відходження навколоплідних вод
- E. Слабкість пологової діяльності

Вірні відповіді: 1-С, 2-В

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

Обстеження вагітної, роділлі та породіллі під наглядом викладача.

Місце чергування: Пологовий будинок: приймальне відділення, відділення патології вагітності, пологове відділення, операційний блок, післяпологове і відділення реанімації новонароджених.

Здобувач вищої освіти повинен прийти на чергування в чистому халаті, шапочці, хірургічному костюмі, змінному взутті, що має при собі мати чисту маску і бахіли, направлення на чергування, схему історії пологів.

Перелік практичних навиків, освоюваних на чергуванні:

Робота в приймальному відділенні

Прийом роділь. Студент повинен уміти визначити групу крові, резус-фактор, підрахувати пульс, виміряти артеріальний тиск, провести пробу з сульфосаліциловою кислотою, зміряти основні і додаткові розміри тазу, висоту стояння дна матки, окружності живота, вислухати серцебиття плода, провести прийоми зовнішнього акушерського дослідження, оцінити пологову діяльність, місцезнаходження передлежачої частини щодо площин тазу, заповнити медичну документацію. Зовнішнє акушерське дослідження: вимірювання основних і додаткових розмірів тазу, визначення положення, позиції, виду позиції і передлежання плода прийомами зовнішнього акушерського дослідження (Леопольда-Левицького).

Визначення терміну вагітності, передбачуваної дати пологів. Визначення висоти стояння дна матки, окружності живота, передбачуваної маси плода. Визначити чинники, ступінь і групи ризику перинатальної патології, чинники і ступінь ризику перинатальної інфекції.

Поставити діагноз і скласти план ведення пологів.

Робота в пологовому відділенні

Ведення I періоду пологів.

Збір анамнезу у породіллі. Спостереження в динаміці за пологовою

діяльністю: частотою, тривалістю і силою перейм. Ведення партограми. Вислуховування серцебиття плоду акушерським стетоскопом і датчиком на кардіомоніторі. Оцінка КТГ. Спільно з асистентом або черговим лікарем виконати внутрішнє акушерське дослідження. При цьому особливу увагу звернути на стан піхви, її зведень, шийки матки, цілісність плодового міхура, уточнити передлежачу частину і місце її знаходження в динаміці пологів, виміряти діагональну кон'югату і звернути увагу на наявність екзостозів і деформацій кісток тазу.

Ведення II періоду.

Знеболення пологів, психопрофілактичне знеболення пологів. Оцінка ефективності потужної діяльності, просування голівки по пологовим шляхам. Вислуховування серцебиття плоду, оцінка внутрішньоутробного стану плоду. Ведення періоду вигнання плоду, збереження «теплого ланцюжка», відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів новонародженого і проведення його первинного туалету. Вміти оцінити стан новонародженого за шкалою Апгар.

Ведення III періоду.

Активна тактика ведення III періоду. Оцінити ознаки відділення посліду, огляд посліду на цілісність. Огляд пологових шляхів в дзеркалах. Оцінка крововтрати в пологах. Брати участь в проведенні заходів щодо профілактики кровотечі в пологах.

Ведення раннього післяпологового періодів.

Брати участь в проведенні заходів щодо профілактики кровотечі в ранньому післяпологовому періоді. Спільно з неонатологом оцінює можливість раннього прикладення новонародженого до грудей матері, їх спільного перебування в післяпологовому відділенні, режим грудного вигодовування.

Робота в післяпологовому відділенні.

Оцінка інволюції матки, характеру лохій, стану молочних залоз, швів в пізньому післяпологовому періоді. Консультація з питань гігієни, харчування, контрацепції. Підтримка грудного вигодовування.

МЕДИЧНА КАРТА (ІСТОРІЯ) ВАГІТНОЇ

ЗДОБУВАЧ ВИЩОЇ ОСВІТИ (ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО-БАТЬКОВІ)

ФАКУЛЬТЕТ _____

КУРС _____

ГРУПА _____

ВИКЛАДАЧ _____

ПАСПОРТНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА

Прізвище, ім'я, по батькові

Дата народження

|_|_|_|_|_|_|_|

(число, місяць, рік)

Сімейний стан: шлюб зареєстрований - 1, не зареєстрований - 2, одинока - 3

Домашня адреса, телефон

Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)

Місце роботи, телефон

Професія або посада

умови

праці

Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон

2. Діагноз: вагітність (яка за №) _____ Пологи

Екстрагенітальні захворювання (діагноз)

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Перше обстеження вагітної

Зріст _____ см. Маса (вага) _____ кг. ІМТ _____

Особливості будови тіла

_____ Харчування помірно/підвищене/знижене

Шкірні покрови чисті/пігментовані/акне/стриї ан стегнаї/гіпертрихоз

Підшкірно-жировий шар розвинений помірно/підвищено/знижено

Видимі слизові: нормального кольору/бліді _____

Стан молочних залоз _____

Периферичні лімфовузли: збільшені\не збільшені _____

Щитоподібна залоза: збільшена/не збільшена

Органи дихання: гіперемія зіву: так/ні, дихання везикулярне /хрипи: так/ні

Серцево-судинної системи: Діяльність серця: ритмічна/аритмічна серцеві тони: ясні/приглушені, шуми: так/ні _____ Пульс _____

Артеріальний тиск: на правій руці _____ на лівій _____

Органи травлення:

язик: вологий/сухий _____

Печінка збільшена/не збільшена _____

Селезінка не збільшена

Живіт м'який\твердий, при пальпації болісний /безболісний _____

Форма живота:

правильна/овоїдна _____

Розміри таза: Д.Sp. _____ Д.Cr. _____ Д. troch. _____ С.ext. _____

С. diag. _____ С. vera _____

Тонус матки: нормальний/підвищений/збуджений при пальпації _____ Зовнішнє акушерське дослідження: висота дна матки _____ см Окружність живота _____ см. Положення плоду, позиція, вид _____ Передлежання _____ Серцебиття плоду ясне/приглушені/ритмічне _____ Периферичні набряки: так/ні _____ Стул: не порушений /порушений _____ Сечовидільна система: сечовипускання порушене/не порушене _____ Симптом Пастернацького: зліва _____ зправа _____ Огляд нижніх кінцівок _____ Периферичні набряки: так/ні _____
--

5. Вагінальне дослідження

Зовнішні статеві органи

Піхва

Шийка матки довжиною _____, консистенція _____, розташування (відповідно до провідної осі таза)

Тіло

матки _____

Придатки _____

Пухлини, екзостози _____

Виділення із статевих шляхів _____

Особливості

Термін гестації:

По останній менструації _____ тижнів

По першому ворухінню _____ тижнів

По першій явці (огляду) в Жіночій консультації _____ тижнів

По УЗД _____ тижнів

Передбачувана дата пологів _____

ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ:

ДІАГНОЗ: _____

Скарги

Стисло, чітко і послідовно описати скарги вагітної на момент госпіталізації, їх початок. Запис зі слів вагітної не буквальный, а осмислений, який включає інформацію, отриману шляхом опитування. Скарги повинні бути зведені у відповідні групи і всебічно деталізовані. Це означає, що дається всебічна характеристика однієї скарги, і відтак проводиться деталізація іншої.

Анамнез життя

У цій графі має бути звернута увага перш за все на ті детермінуючі фактори, які мають прямий чи опосередкований зв'язок з наявним у вагітної захворюваннями: наприклад, режим харчування, умови праці, соціально-побутові умови.

Підтвердження або заперечення інфекційних, трансмісивний (вірусний гепатит, малярія, СНІД і ін.), контагіозних (туберкульоз, черевний тиф, дифтерія та ін.), венеричних та онкологічних захворювань, захворювань сечостатевої системи, нервово-психічні захворювання.

Перенесені захворювання і травми: терміни захворювання, вид лікування (консервативний, оперативний; характер операції та вид знеболення, лікувальні процедури, медикаментозні препарати), місце лікування (самолікування, амбулаторне, стаціонарне), ефективність лікування. Особливу увагу слід звернути на гінекологічний анамнез.

Підтвердження або заперечення гемо- і плазмотрансфузії, введення антитоксичних імунних сироваток, вакцин, антибіотиків, гормональних препаратів.

Алергологічний анамнез: чи були алергічні реакції на медикаменти, алергенні продукти, запахи, укуси комах та ін., чим вони проявляються.

Підтвердження або заперечення шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю, наркотиків), шкідливості на виробництві.

Спадковий анамнез: вроджені вади, злякисні новоутворення, алергічні, ендокринні, психічні, патологія крові та нервової системи, дефекти розвитку та ін. у родичів.

Розвиток вагітної в дитячому та підлітковому віці (коли почала говорити, ходити, чи перенесла рахіт, травми в дитинстві і ін.).

Спеціальний анамнез

Менструальна функція

Відмічається початок першої менструації (на якому році життя, коли встановилися, по скільки днів (3-5 і більше), через які проміжки). Кількість крові, яку втрачає жінка під час менструації (багато, помірно, мало). Чи відмічає жінка болі перед і під час менструації.

Який тип і характер менструації, її зміни після початку статевого життя, пологів чи абортів.

Дата першого дня останньої менструації. Коли вагітна відчула перші рухи плода. Дата початку опущення живота. Передбачувана дата пологів.

Статева функція

Початок статевого життя (вік). Через скільки часу від початку статевого життя жінка завагітніла? Чи користувалася протизаплідними засобами? Якщо так, то якими та протягом якого часу? Дата останнього статевого акту.

Репродуктивна функція

При опитуванні слід в'ясувати, який раз жінка вагітна. Скільки було пологів (термінових, передчасних), абортів (штучних і мимовільних)? Як протікала кожна вагітність і пологи? Необхідно в'ясувати чи були ускладнення під час вагітності, пологів чи абортів? Якщо так, то які? Скільки живих дітей наданий час має вагітна? Коли була остання вагітність і як вона перебігала?

Секреторна функція

Визначити, чи є виділення з піхви у жінки, їх кількість, колір, чи не подразнюють вони шкіру внутрішньої поверхні стегон, зовнішніх статевих органів. Наявність патологічних виділень.

Перебіг даної вагітності в першій і другій половині вагітності.

Слід в'ясувати, які були ускладнення, на фоні яких соматичних захворювань вони проходили (нудоти, блювання, головного болю, розладів зору, набряків, серцебиття, задухи, кров'янистих виділень, болю в нижніх відділах живота та

ін.).

Необхідно в'яснити, чи відвідувала вагітна жіночу консультацію, і з якого терміну стала на облік, досконало розібратися в результатах проведених там досліджень. Чи проводилася в умовах жіночої консультації психопрофілактична підготовка.

Об'єктивне дослідження

Загальне: Температура тіла, пульс, його частота, характер наповнення, артерьяльний тиск на обох руках, маса тіла, зріст, повнота, будова тіла (правильна, є вади), конституція (нормостенічна, астенична, гіперстенічна), стан шкіряних покривів та видимих слизових оболонок (забарвлення шкіри, наявність пігментацій, плям, їх локалізація, висипань, новоутворень, рубців). Язик (колір, вологість, обкладеність, наявність тріщин і виразок). Стан зубів, зіву і мигдаликів. Стан передньої стінки живота. Будова скелету (стигми перенесеного рахіту - деформація черепа, потовщення реберних хрящів, куряча грудна клітка, потовщення епіфізів, довгих кісток кінцівок, викривлення ніг, шаблевидні гомілки, рубці, кістковий туберкульоз, травми кісток таза). Активність.

Оцінка стану дихальної системи: Вказати ритм, глибину, частоту дихання за 1 хв., тип дихання (грудний, діафрагмальний, змішаний, патологічний). Аускультация: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, амфоричне, ослаблене, відсутність), наявність хрипів (сухих, вологих, дрібно-, середньо- та крупноміхурцевих), крепітації, шуму тертя плеври.

Оцінка стану серцево-судинної системи: Пульс: частота за 1 хв., ритмічний/аритмічний, напруження (задовільний, твердий, м'який), наповнення (задовільне, слабке, ниткоподібне), порівняння на обох руках. Артерьяльний тиск (обов'язково вимірюється на обох руках).

Аускультация: тони серця (чисті, приглушені, глухі), наявність серцевих шумів, шум тертя перикарду.

Вени: наявність варикозних вен, ущільнення та болючість; ознаки тромбофлебиту чи флеботромбозу, трофічних розладів (локалізація та ін.).

Оцінка стану травної системи: Стан порожнини рота, губ, слизової оболонки ротової порожнини, ясен (колір, пігментації, виразки, рубці, нашарування, висипання та інші патологічні утвори).

Живіт: форма, симетричність, вип'ячування окремих ділянок, видима перистальтика, пупок (плоский, вип'ячений, запалий), здуття (локалізація), участь передньої черевної стінки в акті дихання.

Перкусія: ділянки тимпаніту чи притуплення, збереження "печінкової тупості", межі печінки і селезінки.

Аускультация: звучність перистальтичних шумів, нижня межа шлунка.

Поверхнева пальпація: болючість, напруження м'язів передньої черевної стінки (м'який, напружений).

Оцінка стану сечовидільної системи: Огляд поперекової ділянки. Симптом Пастернацького.

Оцінка стану лімфатичної системи: Пальпація пахвових лімфатичних вузлів: болючість, величина, форма, консистенція, фіксація між собою

(конгломерат) або з оточуючими тканинами.

Оцінка стану ендокриної системи: Пальпація щитоподібної залози (збільшення дифузне чи вузлувате), екз- чи енофтальм, ожиріння, тип оволосяння і ін.

Оцінка стану нервової системи та психоемоційної сфери: Зіниці: стан (розширені, звужені, симетричні, асиметричні). Мова.

Акушерський статус

Огляд

Живіт: його форма, величина; пігментація білої лінії. Стан пупка (вип'ячений, в рівень). Стан черевного пресу.

Молочні залози: форма, величина, розвиток підшкірних вен, сосків, пігментація сосків і навколососкових ареол. Розвиток жиру і залозистих дольок.

Ромб Міхаеліса: його форма і розміри (повздовжній і поперечний).

Вимірювання таза:

- Зовнішні розміри таза: міжостний, міжгребеневий, міжвертлюжний, зовнішня кон'югата.
- Бокова кон'югата.
- Діагональна кон'югата.
- Розміри виходу таза - прямий і поперечний.
- Висота лонного зчленування.
- Зовнішні косі розміри таза.

Інші вимірювання:

- Променево-зап'ястковий індекс Соловйова.
- Обвід живота.
- Висота стояння дна матки (визначається тазоміром або сантиметровою стрічкою в сантиметрах).
- Зовнішній розмір голівки плода.

Пальпація

Чотири прийоми Леопольда (положення, позиція, вид, передлегла частина, ступінь вставлення у малий таз). Рівень стояння передлеглої частини. Голівка над входом в малий таз, у вході малим сегментом, у вході великим сегментом, в порожнині таза.

Ступінь відповідності голівки розмірам входу в малий таз. Прийоми Генкель-Вастена. Розкриття шийки матки за Роговіним, за Шатц-Унтербергом (по висоті стояння контракційного кільця).

Аускультация

- Серцебиття плода - локалізація, частота за 1 хвилину, звучність, ритмічність.
- Кишкові шуми.

Огляд зовнішніх статевих органів

Варикозне розширення вен, висипання, гнійнички, бартолініт, гострокінцеві кондиломи, широкі кондиломи, гемороїдальні вузли. Стан промежини та входу в піхву. Наявність запального процесу слизової входу у піхву. Виділення, їх характер і кількість.

Огляд в дзеркалах

Стан слизової оболонки піхви; наявність залишків гімена; стан шийки матки: ціаноз, форма – вкорочена, згладжена; розкриття маткового зіву – є, на скільки см, немає; наявність пуповини, плацентарної тканини.

Піхвові дослідження

Ширина і довжина піхви, властивість її стінок, стан шийки матки (згладжена, потоншена, вкорочена), розкриття зіву, властивість його країв (товсті, тонкі, набряклі). Плідний міхур (цілий, напружений, в'ялий), кількість передніх навколоплідних вод (багато, мало). Передлегла частина (голівка). Визначення розміщення швів і тім'ячок на голівці плода по відношенню осі таза, розміщення провідної точки. Місце знаходження голівки: над входом в таз, голівка плода притиснута до входу в малий таз, голівка плода малим сегментом, великим сегментом, в порожнині малого таза, голівка на тазовому дні. Діагональна кон'югата. Наявність екзостозів у малому тазу.

Акушерський діагноз і його обґрунтування

Цей розділ історії пологів є найважливішим, оскільки віддзеркалює всю повноту знань студента під час курації вагітної, роділлі. Робота ця ґрунтується на набутих навичках, клінічному мисленні та законах логіки. Їх складовими є аналіз, синтез і відповідна наукова інтерпретація результатів повного клінічного обстеження вагітної жінки. Виявлені симптоми складають основу піраміди, вершиною якої має стати заключний акорд клінічного логічного мислення, який називається "діагноз".

При встановленні акушерського діагнозу слід вказати:

- Яка вагітність за рахунком.
- Який термін вагітності (в тижнях).
- Які за рахунком повинні бути пологи.
- Який період пологів, фаза (латентна, активна) пологів.
- Який характер відходження навколоплідних вод, стан плідного міхура.
- Яке положення, позиція і вид позиції, передлежання плода.
- Яка супутня акушерська і екстрагенітальна патологія.

Оцінка результатів допоміжних лабораторних, інструментальних та інших спеціальних методів обстеження під час вагітності.

- Загальний аналіз крові.
- Загальний аналіз сечі.
- Глюкоза крові.
- Аналіз крові на реакцію Васермана.
- Група крові, резус приналежність.
- Біохімічний аналіз крові (загальний білок, білірубін, креатинін, сечовина, залишковий азот, трансамінази, електроліти).
- Коагулограма (фібриноген, протромбіновий час, протромбіновий індекс, час рекальцифікації, етаноловий тест, фібриноген "В", толерантність до гепарину).
- Аналіз сечі на глюкозу.
- Ультразвукова діагностика.

- Електрокардіографія.
- Мазок на ступінь чистоти вагінального вмісту.
- Консультації інших спеціалістів.

План ведення пологів

- Оцінка ризиків.
- Як вести дані пологи (через природні пологові шляхи, зі збереженням умов для кесаревого розтину, шляхом кесаревого розтину).
- Як вести I-й період пологів.
- Як вести II-й період пологів.
- Як вести III-й період пологів.

Наприклад: Пологи вести через природні пологові шляхи. В першому періоді слідкувати за серцебиттям плода і розвитком пологової діяльності. В другому періоді слідкувати за серцебиттям плода і просуванням голівки. В третьому періоді – профілактика гіпотонічної кровотечі.

ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ ДО УВАГИ ПАЦІЄНТА!

**Уважно прочитайте і вивчіть документ.
Керуйтеся основними його положеннями в своїх інтересах.
З'ясуйте з медичними працівниками незрозумілі для Вас питання.
Ви можете внести в текст зміни і поправки на свій розсуд.**

З А Я В А

(кому: назва медичного закладу і його адреса)
про згоду на комплекс медичних обстежень та виконання рекомендацій лікаря під час моєї вагітності (далі Згода).

1. Будь-ласка, напишіть нижче Ваші П.І.Б.

Я,

2. Будь-ласка, підпишіться _____

Напишіть нижче поштову адресу Вашого фактичного місця проживання і Ваші контактні телефони _____

У відповідь на отриману інформацію від свого лікуючого лікаря про перебіг моєї вагітності, про важливість виконання мною всіх рекомендацій медичних працівників про відповідальність за здоров'я моєї майбутньої дитини, а також запропонованих лікарем шляхів вирішення моїх медичних проблем, заповненням цієї форми, завіреної моїм підписом, **даю офіційну згоду:**

- систематично відвідувати лікаря у призначений мені день і годину (в разі неможливості візиту до лікаря зобов'язуюсь повідомити його у телефонному режимі чи в іншій формі);
- вчасно проходити всі запропоновані мені методи обстеження (лабораторні, фізікальні, УЗД);
- при необхідності бути оглянутою іншими фахівцями (при наявності показів);
- при необхідності пройти медико-генетичне консультування та провести обстеження на спадкову патологію та вади розвитку плода (лабораторні, фізікальні, інвазивні);
- при необхідності бути скерованою на вищий рівень надання медичної допомоги;
- при необхідності пройти курс лікування амбулаторно чи в стаціонарних умовах.

Я підтверджую, що для прийняття рішення про Згоду, я достатньо інформована в доступній для мене формі:

- про мету, метод і терміни запропонованих мені обстежень і втручань;
- про прогнозовану для мене перевагу медичних втручань;
- про ризик можливих ускладнень медичних втручань, а також можливих негативних наслідків лікування;
- про професійну кваліфікацію медичного персоналу.

Я підтверджую, що для прийняття рішень про Згоду я достатньо інформована і про інші альтернативні способи вирішення моїх медичних проблем, а також про лікувальні заклади, де вони виконуються (державні і приватні заклади).

Я підтверджую, що для прийняття остаточного рішення про згоду, я маладостатньо можливостей для незалежного пошуку та отримання необхідної інформації, а також її аналізу та порівняння.

Я підтверджую, що можлива шкода від медичних втручань для мене менш значуща, ніж обставини, які спонукали мене погодитися на них, і тому я **ДОБРОВІЛЬНО І СВІДОМО** даю свою згоду на застосування по відношенню до мене запропонованого комплексу медичних втручань, а також інших медичних втручань, які будуть доповнювати і забезпечувати адекватний лікувальний процес.

Тим не менше, нижче я вказую медичні втручання, від яких я відмовляюся за будь-яких обставин, крім випадків безпосередньої загрози для мого життя та життя моєї дитини або повторного узгодження зі мною: _____

Я знаю, що не існує абсолютно безпечних медичних втручань і будь-який медичний вплив на людину викликає відповідні реакції його організму, якіноді можуть бути

атиповими та непередбачуваними. І я розумію, що медичні фахівці проведуть всі можливі заходи для попередження загрози моєму життю і спричинення шкоди моєму здоров'ю і здоров'ю моєї дитини.

Я не заперечую, щоб у моїх інтересах були задіяні інші компетентні медичні установи.

Я знаю, що суворе дотримання призначень і рекомендацій лікарів є необхідною умовою для успішного результату, тому я беру на себе зобов'язання неухильно виконувати всі вимоги до мене, як до пацієнта. І я визнаю, що несу відповідальність за результати медичних втручань, у разі відхилень з мого боку від приписів лікарів.

Я підтверджую, що обізнана про те, що можу відмовитися від даної Згоди на свій розсуд, до початку медичних втручань шляхом написання відповідної заяви і обов'язкового своєчасного повідомлення про це лікуючого лікаря або відповідального представника

(назва медичної установи)

На випадок моєї медичної недієздатності, тут, я вказую людину, якій я довіряю представляти мої інтереси і приймати від мого імені рішення виключно з медичних питань, що виходять від лікарів і потребують моєї згоди:

(П.І.Б.)

Фактичне місце проживання та контактна інформація (робочі, домашні, мобільні телефони)

Я підтверджую, що мала необмежену можливість вносити зміни в текст цього документа на свій розсуд.

Пацієнт () підпис вкажіть Ваші П.І.Б.

(Вкажіть прописом дату Вашого підпису)

Цей документ підписаний у присутності свідків:

підпис свідка П.І.Б. Контактна інформація

підпис свідка П.І.Б. Контактна інформація

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ

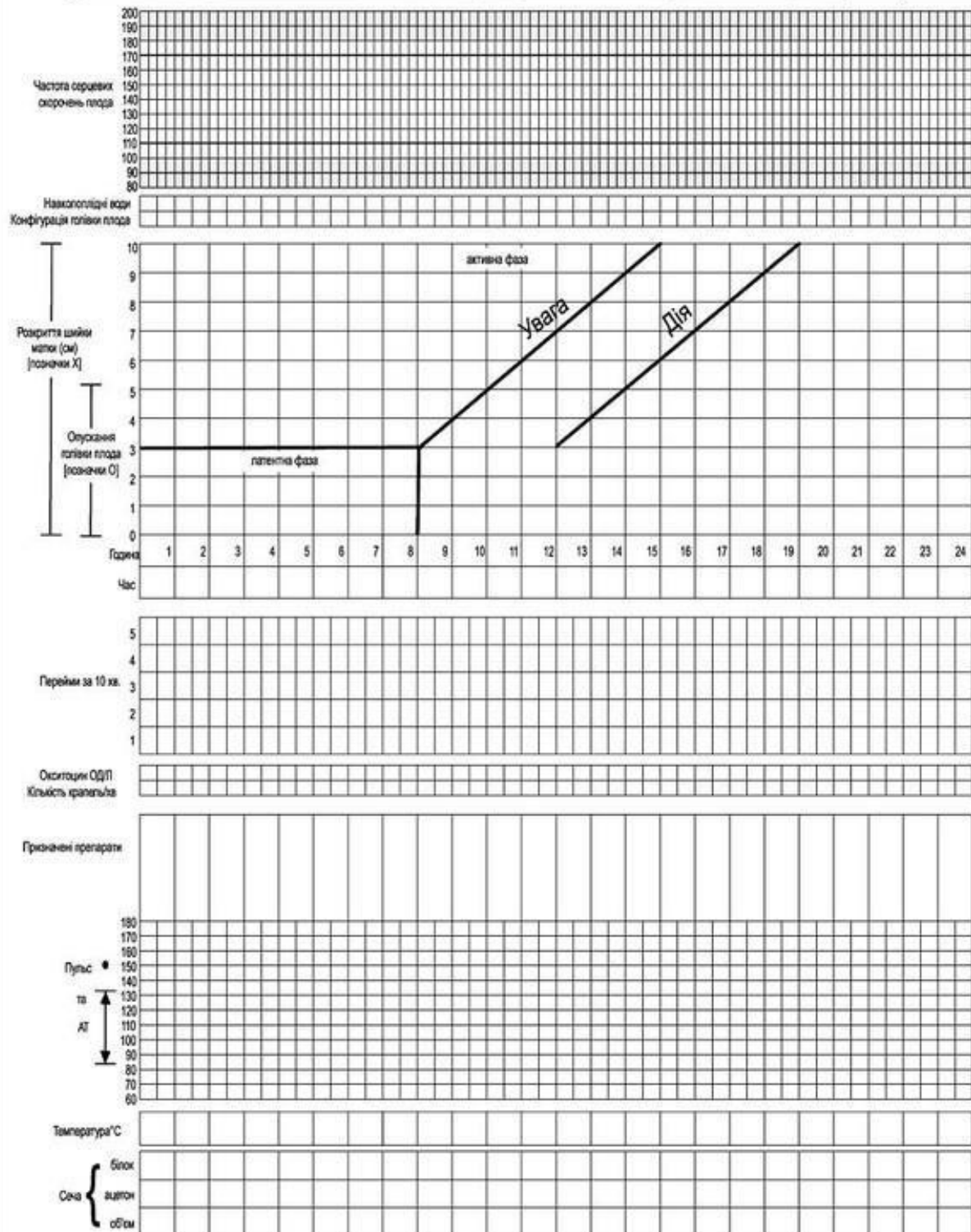
Вагітність

Кількість пологів в анамнезі

Дата госпіталізації

Час госпіталізації

Тривалість безводного проміжку



Діагноз:

Клініка пологів

Перший період пологів

Спостереження за перебігом першого періоду пологів, станом матері та плода здійснюється за допомогою *партограми*, на якій відносно часової осі графічно відображають наступні показники:

1. Перебіг пологів:

- Ступінь розкриття шийки матки, визначену методом внутрішнього акушерського дослідження (кожні 4 години)
- Опускання голівки плода, визначене за допомогою абдомінальної пальпації (кожні 4 години)
- Частоту (за 10 хвилин) та тривалість (в секундах) перейм (кожні 30 хвилин),

2. Стан плода:

- Частоту серцебиття плода, оцінену методом аускультативної або ручного доплерівського аналізатора (кожні 15 хвилин)
- Ступінь конфігурації голівки плода (кожні 4 години),
- Стан плідного міхура та навколоплідних вод (кожні 4 години)

3. Стан роділлі:

- Пульс та артеріальний тиск (кожні 2 години),
- Температура (кожні 4 години)
- Сеча: об'єм; наявність білка або ацетону - за показами (кожні 4 години).

Переваги партограми

- Ефективне спостереження за перебігом пологів
- Своєчасне виявлення відхилення пологів від нормального перебігу
- Допомога під час прийняття рішення щодо необхідних та достатніх втручань

Другий період пологів

Біомеханізм пологів і захист промежини в даному випадку.

Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка. Клемування й перетин пуповини.

Визначення стану плода за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині.

Третій період пологів

Активне ведення третього періоду пологів. Очікувальне ведення третього періоду пологів.

Огляд плаценти (оцінка цілісності плаценти з оболонками).

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

Резюме пологів (загальна тривалість пологів, тривалість I, II і III періодів пологів).

Післяпологовий період

Ранній післяпологовий період. Щоденник: температура тіла, пульс, артеріальний тиск. Загальний стан породіллі.

Пізній післяпологовий період. Стан молочних залоз (набряклість, наявність тріщин на сосках). Інволюція матки (висота стояння дна матки по відношенню до лонного зчленування в см в динаміці). Характер лохий (кров'яністі, сукровичні, серозні, інтенсивність виділення), функція нирок, кишківника. Стан швів. Піднімання з ліжка, з якого дня після пологів. Аналізи крові, сечі, наявність білка в сечі при пізніх

гестозах вагітних. Чи проводилась породіллі профілактична сенсibilізація по резус-фактору? Медикаментозні призначення породіллі та обґрунтування їх доцільності. Режим дня, харчування. Призначення: лікувальна фізкультура, санація зовнішніх статевих органів, догляд за швами (описати його техніку).

Резюме післяпологового періоду.

Епікриз

Короткий переказ історії пологів з акцентуванням уваги на особливостях перебігу пологів у конкретної жінки. Результати лабораторних та додаткових методів обстеження. Застосування лікування чи оперативного втручання та їх ефективність. Причини виникнення ускладнень. Стан на момент виписки, закінчення курації. Рекомендації стосовно післяпологової контрацепції, грудного вигодовування та режиму матері і дитини.

Підпис куратора _____

ОСНОВИ КОНСУЛЬТУВАННЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ КОНСУЛЬТУВАННЯ З МЛА

Консультування - це конфіденційна бесіда, що вимагає двостороннього спілкування (діалог, а не монолог) і концентрується на індивідуальних потребах пацієнта. Консультант надає пацієнтові чітку та об'єктивну інформацію і допомагає зробити усвідомлений вибір (прийняти поінформоване і добровільне рішення). Для того, щоб бути ефективним, консультанту необхідно не просто надати деякий об'єм інформації, а надати її у сприятливій для пацієнта манері.

Поінформований вибір (згода) – добровільне рішення пацієнта, засноване на знанні усієї необхідної інформації Щоб пацієнт зробив свій поінформований (усвідомлений) вибір, консультант повинен надати достовірну та достатню інформацію про проблему (проблеми) пацієнта і засоби її (їх) вирішення.

Принципи консультування

- **Постанова запитань**

Вміле опитування надає можливість одержати інформацію про пацієнта. Форма, у якій консультант задає питання, визначає не тільки якість та об'єм одержуваної від пацієнта інформації, але й впливає на взаємовідносини консультанта і пацієнта. Питання розподіляються на відкриті та закриті.

- **Підбадьорення та заспокоєння**

Підбадьорення та заспокоєння важливі для створення та укріплення контакту між консультантом та пацієнтом, допомагають пацієнту повірити у себе, спонукають його шукати рішення своїх проблем. Однак, якщо заспокоєння починає переважати у консультуванні, воно формує залежність пацієнта від консультанта.

- **Відображення змісту: перефразування та узагальнення**

Перефразування та узагальнення висловлень переконує пацієнта, що консультант його уважно слухає та розуміє. Здатність не тільки слухати, але і чути надзвичайно важлива для більшої ефективності спілкування з пацієнтом.

- **Відображення почуттів**

Відображення почуттів тісно пов'язано з перефразуванням. Різниця у тому що перефразування зосереджується на змісті, а відображення почуттів – на тому що приховано за змістом. Відображення почуттів сприяє виникненню міжособистісного, емоційного контакту, тому що демонструє пацієнту прагнення консультанта зрозуміти його внутрішній світ. Консультант повинен виражати і власні почуття, які виникають у результаті консультування, але вони повинні бути пов'язані тільки з темою бесіди. Однак, у консультуванні завжди більш значущі почуття пацієнта, а не консультанта.

- **Паузи мовчання**

Вміння мовчати та використовувати тишу у терапевтичних цілях – одна з важливих навичок консультування.

- **Надання інформації**

Задачі консультування досягаються також за допомогою надання інформації: консультант висловлює свою думку, відповідає на питання пацієнта, інформує його про різні аспекти проблем, які обговорюються.

- **Інтерпретація**

Проводячи консультування, важливо виявити дійсні проблеми пацієнта, які можуть відрізнитися від питань, зачеплених пацієнтом у своєму поверхневому оповіданні. Задача інтерпретації полягає у тому, щоб незрозуміле зробити зрозумілим.

- **Конфронтація**

Конфронтація – це реакція консультанта, яка суперечить двоякій поведінці пацієнта (виверти, хитрощі), які заважають пацієнту побачити та вирішити свої проблеми.

- **Почуття консультанта та саморозкриття**

Для якісного консультування необхідні не тільки досвід, але й емоційна захопленість процесом. Однак, емоційна участь повинна бути доречною та служити інтересам пацієнта, а не консультанта.

- **Структурування консультування**

Структурування – це організація відношень консультанта з пацієнтом. Воно відбувається протягом всього процесу консультування. Кожен новий етап починається з оцінки того, що досягнуто.

- **Невербальне спілкування**

- Невербальне (немовне) спілкування має таке ж важливе значення у процесі консультування, як і мовне.

Пам'ятайте про важливість першого враження. Від того, як ви привітати пацієнта, від вираження вашого обличчя залежить ступінь його довіри. Такі фактори як зовнішній вигляд консультанта, манери поведінки можуть впливати на створення сприятливої обстановки, прихильності пацієнта.

Підтримуйте візуальний контакт, уважно слухайте пацієнта, говоріть доброзичливо. Намагайтеся тоном свого голосу передати зацікавленість та турботу про проблеми пацієнта. Усуньте між пацієнтом та собою фізичні бар'єри.

- **Завершення консультування**

Питання про припинення консультативних зустрічей вирішується спільно консультантом і пацієнтом. Остання зустріч повинна бути присвячена підведенню

підсумків.

Консультування з питань репродуктивного здоров'я:

- комплекс заходів, спрямованих на усвідомлення пацієнтом своїх проблем в області репродуктивного здоров'я;
- пошук шляхів їх вирішення та засобів досягнення прийнятих рішень, включаючи зміну поведінки у бік менш ризикованої.

Напрямки консультування з планування сім'ї:

- консультування з питань контрацепції, включаючи і невідкладну контрацепцію;
- дошлюбне консультування;
- післяабортне консультування;
- консультування сім'ї під час вагітності та у післяпологовому періоді;
- консультування безплідних подружніх пар;
- консультування при сексуальних розладах.
- консультування підлітків з питань контрацепції, що має свої специфічні підходи та методи.

Стосовно усіх методів післяпологової контрацепції, наявних у країні, медспеціаліст/консультант має знати наступне:

- Опис методу.
- Його доступність (тобто, де можна знайти відповідні контрацептиви).
- Механізм (контрацептивної) дії методу.
- Ефективність методу.
- Переваги методу.
- Недоліки методу.
- Можливість зворотного ефекту методу.
- Вартість методу.
- Протипоказання (відносні та абсолютні) до застосування методу.
- Побічні ефекти методу та алгоритм дій в разі їх виникнення.
- Тривожні симптоми при використанні методу та алгоритм дій в разі їх виникнення.
- Стереотипи сприйняття даного методу у суспільстві та можлива стратегія щодо них.
- Послідуючий догляд за пацієнтом, який використовує даний метод.
- Інтервали застосування методу.
- Інструкції щодо його використання.
- Ефективність методу у захисті від ІПСШ.

Алгоритм спілкування студентів (лікарів) з пацієнтами:

Початок розмови:

- Первинне знайомство (вербальний і невербальний контакт)
- З'ясування причин(и) консультації
- Збір інформації
- Вивчення проблем
- З'ясування причин, що стосуються проблеми

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.

Інструкції для пацієнтки:

- Необхідно годувати дитину з обох грудей на її вимогу близько 6-10 разів на добу.
- Годувати дитину як мінімум один раз вночі (інтервал між двома годуваннями не повинен перевищувати 6 годин).

Примітка: головною метою грудного вигодовування є забезпечення харчування і таким чином покращання здоров'я дитини. Дитина може не потребувати 6-10 разів прийому їжі на добу або може просипати звичне годування - це нормальні явища, проте необхідно застерегти жінку, якщо будь-яке з них має місце, ефективність грудного годування як методу контрацепції знижується.

- Якщо дитина добре розвивається із задовільними показниками фізичного розвитку, додає у вазі, харчування мами збалансоване і **вона** достатньо відпочиває, щоб підтримувати адекватну кількість грудного молока, **дитина до 6 місяців не потребує іншого харчування.**

- Як тільки починається заміна грудного молока іншою їжею чи рідиною, дитина буде годуватись менше, ніж 6-10 разів на добу, грудне годування **не** буде ефективним методом запобігання не планованої вагітності - МЛА.

- **Поновлення менструацій** означає, що дітородна функція відновилась і необхідно негайно почати використовувати інші методи ПС.

Жінки, які не повинні використовувати мла:

- жінки, у яких поновились менструації;
- жінки, які не годують виключно (чи майже виключно) груддю;
- жінки, у яких дитині виповнилось 6 або більше місяців.

Стани, які вимагають обережності

СИТУАЦІЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Введення регулярного додаткового прикорму (замість грудного годування)	Допомогають пацієнтці обрати інший метод і заохочують продовжувати годування груддю.
Відновлення післяпологової менструації	
Інтервал між годуваннями > 4 годин протягом дня і > 6 годин вночі	
Дитина віком 6 і більше місяців	

МЕДИЧНА ЕТИКА ТА ДЕОНТОЛОГІЯ

Професійна діяльність лікарів-акушерів-гінекологів пов'язана з вирішенням складних деонтологічних питань: оскільки ситуації, що виникають під час консультування або надання медичної допомоги жінкам у зв'язку із зачаттям, виношуванням, народженням, вигодовуванням дитини, виникненням захворювань жіночих статевих органів, стосуються інтимних сторін життя жінки та її оточуючих. Це вимагає від персоналу лікувально-профілактичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю дотримуватись у своїй роботі певних деонтологічних та морально-етичних правил, норм поведінки.

Питання психологічної підтримки жінки під час пологів, роль та завдання медичних працівників, які надають їй медичну допомогу

Процес пологів є фізіологічним процесом, водночас дуже відповідальним періодом для жінок. Медичні працівники, що надають медичну допомогу під час вагітності та пологів, повинні пам'ятати про це і своїми діями створювати атмосферу спокою, довіри, впевненості у позитивному результаті пологів. Персоналом акушерського закладу вагітна жінка, роділля, породілля має сприйматись не як об'єкт проведення певних медичних маніпуляцій з метою її розродження, а, насамперед, як особистість і основний учасник у важливому моменті її життя - пологах.

На всіх етапах надання акушерської допомоги жінці забезпечується право на своєчасне отримання від медичних працівників інформації щодо стану її здоров'я та плода (новонародженого), всіх медичних втручань та обстежень, їх необхідності або доцільності, можливих наслідків відповідно до чинного законодавства. Така інформація надається лікарем, акушеркою або медичною сестрою у спокійній обстановці з урахуванням психологічного стану жінки (за її бажанням - конфіденційно). Після отримання інформації жінці пропонується дати згоду на проведення їй або її дитині необхідних медичних втручань.

З метою уникнення конфліктних ситуацій, ускладнень під час пологів та післяпологового періоду процес надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим персоналом родопомічних закладів доцільно здійснювати на засадах взаєморозуміння з пацієнтами, поваги до них, залучення їх до прийняття рішень щодо тактики надання медичної допомоги. Нормальний психоемоційний стан вагітної, роділлі сприяє фізіологічному перебігу пологів та післяпологового періоду. Під час пологів необхідно дотримуватись принципів конфіденційності: в пологовому залі забезпечується перебування однієї роділлі та її (за бажанням) членів родини, завданням яких є психологічна підтримка роділлі, та медичний персонал, що безпосередньо веде пологи. Жінці також забезпечується право обрати людину для психологічної підтримки в пологах та повагу медичного персоналу до її вибору.

Психологічні аспекти діяльності медичних працівників при вирішенні питань переривання вагітності за показаннями

За наявності показань до переривання вагітності лікарем-акушером-гінекологом

проводиться консультування з питань надання вагітній інформації щодо обґрунтованості переривання, надання психологічної підтримки, обсягу медичних втручань та реабілітації у післяопераційному періоді.

Вагітність переривається за поінформованою згодою відповідно до чинного законодавства.

Інформацію про можливі негативні наслідки пролонгації вагітності недоцільно у таких випадках надавати у вигляді загрозливих стверджень, враховуючи психологічний стан вагітної та її родичів.

Жінкам, які за бажанням при наявності показань переривають вагітність, надається детальна інформація про можливі наслідки для стану її здоров'я.

Права пацієнта

Кожен пацієнт має право на:

- одержання інформації
- доступність обслуговування
- свободу вибору
- поінформовану згоду
- безпеку
- спілкування наодинці
- конфіденційність
- анонімність
- гідність і повага
- комфорт
- безперервність надання послуг
- вираження своєї думки
- соціальне страхування

Медична етика та деонтологія у пологовому відділенні (згідно наказу № 624 від 03.11.2008)

- Визначення плану ведення пологів і обов'язкове поінформоване узгодження його з жінкою/сім'єю.

- Заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);

Заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини.

- Індивідуальна пологова кімната, яка має бути максимально наближена до домашніх умов;

- Персональна психологічна підтримка роділлі чоловіком, чи обраним нею партнером, які мають бути підготовленими до участі в пологах

- Досягнення взаємного порозуміння, психологічна підтримка роділлі медичним персоналом;

- Пояснення необхідності проведення кожної процедури і маніпуляції та одержання дозволу жінки на її проведення;

- Підтримання доброзичливої атмосфери при розродженні;

- Поважне відношення до бажань жінки, забезпечення конфіденційності;

Робота з медичною документацією проводиться згідно:

- Наказу Міністерства охорони здоров'я України 26 січня 2022 року № 170 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

Форми первинної облікової документації

- Форма первинної облікової документації N 002/о "Журнал обліку приймання вагітних, роділь та породіль"
- Форма первинної облікової документації N 010/о "Журнал запису пологів у стаціонарі"
- Форма первинної облікової документації N102/о "Журнал обліку новонароджених у відділенні (палаті)"
- Форма первинної облікової документації N 113/о "Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні"
- Форма первинної облікової документації N 153/о "Журнал обліку випадків перинатальної смерті"
- Форма первинної облікової документації N057/о "Реєстраційна карта вагітної, яка хворіє на цукровий діабет"

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

Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті

1. Первинний туалет новонародженого. Дотримання теплового ланцюжка.
2. Психопрофілактичне знеболювання пологів.
3. Медикаментозне знеболювання пологів.
4. Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
5. Концепція грудного вигодовування.
6. Післяпологова контрацепція. Метод лактаційної аменореї.
7. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

Тестові завдання КРОК-2:

1. При взятті вагітної на облік, при вимірюванні тазу встановлено розміри 25 – 27 – 29 - 18. Назвіть форму тазу вагітної.
А. Косозміщений таз
В. Нормальний таз
С. Плоский таз
Д. Звужений таз
Е. Загальнорівномірно звужений таз
2. При обстеженні вагітної на УЗД встановлено центральне передлежання плаценти. Вкажіть метод розродження
А. Накладання акушерських щипців
В. Вакуум екстракція плода

- С. Операція кесарів розтин
- Д. Консервативним шляхом
- Е. Витягування плода за тазовий кінець

Правильні відповіді: 1-Е, 2-С

4. ПІДВЕДЕННЯ ПІДСУМКІВ

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

Підсумковий контроль: КПП

Оцінювання поточної діяльності на практичному занятті:

- Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:
 - методи: комунікативні навички спілкування з пацієнтом та його близькими; правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; обґрунтування клінічного діагнозу; складання плану лікування
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 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
Відмінно «5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Добре «4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Задовільно «3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє

	практичні навички під та інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
Незадовільно «2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички.

5. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .- К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.
4. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини. — К., 2020. — 376 с.
5. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).
6. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова література:

1. Гіпопластичні та гіперпластичні зміни в ендометріальній тканині: метод. Рекомендації / З. В. Чумак, М.В. Шаповал, Н.А. Бикова та ін. - Одеса. : ОНМедУ, 2023 – 43 с
2. Передчасні пологи: прогнозування, профілактика та шляхи покращення перинатальних наслідків: метод. Рекомендації / Ніточко К.О., Манасова Г.С., Шпак І.В., Железов Д.М.. - Одеса. – 2023. – 58 с.
3. Передчасні пологи: навч. посібник / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок, 2023. – 186 с.
4. Перманентно-фізіологічні процеси ендометрія у віковому аспекті: посібник / З.В. Чумак, М.В. Шаповал, В.В. Артюменко, Г.В. Кожухар, Л.В. Мніх. - Одеса. : Фенікс, 2023., – 240 с.
5. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології : монографія / І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. О. Ткаченко . – Одеса. : ОНМедУ, 2021. – 112 с.

6. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
7. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. поради / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
8. Гінекологія: керівництво для лікарів / В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
9. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
10. 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.
11. Лапароскопічна міомектомія у пацієнток з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) - 2020. - с.75-85.
12. Prevention of purulent-septic complications during laparoscopic surgeries on pelvic organs with the risk of vaginal microbiota contamination / Zaporozhan V.N., Gladchuk I.Z, Rozhkovska N.M., Volyanska A.G., Shevchenko O.I. // World of Medicine and Biology.- 2020- №1(71). - P.49- 53. (*Web of science*)
13. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"
14. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»"
15. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"
16. Наказ МОЗ України від 25.08.2023 № 1533 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок»"
17. Наказ МОЗ України від 02.10.2023 № 1718 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Затримка росту плода»"
18. Наказ МОЗ України від 24.01.2022 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»"
19. Наказ МОЗ України від 18.05.2023 № 928 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»"
20. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"
21. Наказ МОЗ України від 17.05.2022 № 822 "Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»"

22. Наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 147 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»"
23. Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»"
24. Наказ МОЗ України від 24.09.2022 № 1730 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»"
25. Наказ МОЗ України від 04.08.2023 № 1401 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги "Медичний аборт (І триместр вагітності)"
26. Наказ МОЗ України від 13.07.2022 № 1218 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром»"
27. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 №1039 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді»"
28. Наказ МОЗ України від 05.05.2021 № 869 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія»"
29. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі»"
30. Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції"
31. Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"
32. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
33. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

13. 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