

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 ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«СИМУЛЯЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ З АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»

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:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ШИТОВА

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Оксана ПАВЛОВСЬКА

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Олеся ЖОВТЕНКО

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Ганна ТАРНАВСЬКА

Рецензенти:

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

Олена СТАРЕЦЬ

Доцент кафедри симуляційних медичних технологій, к.мед.н.

Михайло ПЕРВАК

ТЕМА

"КЛІНІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ".

Мета. Вивчити алгоритм клінічного обстеження молочних залоз. Оволодіти практичними навичками пальпації молочних залоз. Вміти скласти алгоритм обстеження в залежності від віку жінки, скарг та анамнезу. Вміти інтерпретувати результати ультразвукового та рентгенологічного обстеження молочних залоз.

Основні поняття:

- Види клінічного обстеження молочних залоз,
- Техніка пальпації молочних залоз.
- Показання до ультразвукового дослідження молочних залоз та мамографії.
- Доброякісні та злоякісні утворення молочних залоз.
Класифікація BI-RADS.

Питання:

1. Клінічна анатомія молочної залози
2. Класифікація доброякісних утворень молочної залози.
3. Класифікація раку молочної залози.
4. Зміни в молочній залозі під час вагітності та лактації.
5. Методи обстеження та діагностики новоутворень молочної залози.
- 6 . Сучасне ведення жінок з патологією молочної залози.

1. Контроль опорного рівня знань (привітання, перевірка присутніх, оголошення теми, мети уроку, мотивація учнів до вивчення теми). Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, моделі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних обстежень, ситуаційні задачі, пацієнти, клінічні випадки

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою. Рак молочної залози - це злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози. Це найпоширеніша форма раку у жінок. Кількість випадків захворювання на рак молочної залози зростає з кожним роком.

Близько півмільйона жінок у всьому світі щороку помирають від цього захворювання. У 2020 році в Україні було зареєстровано 12 824 нових випадки раку молочної залози, з них 88 - чоловіки, решта - жінки. Рання діагностика, тобто на 1-2 стадії захворювання, збільшує шанси на повне одужання зі значно меншими зусиллями. Однак, коли хвороба на 3 або 4 стадії, лікування більш агресивне, процес набагато довший. Кожній четвертій жінці діагностують рак молочної залози вже на III-IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується.

Варто зазначити, що статистика останніх років свідчить про те, що відсоток людей, які виліковуються від раку молочної залози, зростає. Смертність знижується завдяки ранній діагностиці та оптимальному методу застосування комплексної терапії.

Контроль вихідного рівня знань (письмова робота, письмовий тест,

онлайн-тест, співбесіда тощо).

Перелік дидактичних одиниць:

- Види клінічного обстеження молочних залоз
- Алгоритм пальпації молочної залози
- Самообстеження молочних залоз
- Доброякісні та злоякісні пухлини молочних залоз.
- Ультразвукове дослідження молочних залоз .
- Рентгенологічне дослідження молочних залоз.
- Лікування доброякісних утворень молочної залози
- Лікування злоякісних новоутворень молочної залози.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань з теми заняття.

Ситуаційні завдання

1. 65-річну жінку обстежують зі скаргами на швидко прогресуючу еритему, набряк, ущільнення та теплоту в лівій молочній залозі. Пацієнтка заперечує наявність лихоманки, ознобу або нудоти. В анамнезі - добре контрольована артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу та гіпотиреоз, з приводу якого вона приймає амлодипін, інсулін та левотироксин. Пацієнтка проходить онкологічний скринінг відповідно до віку під наглядом свого основного лікаря. При фізикальному обстеженні ліва молочна залоза більша за праву. Шкіра над нею потовщена, а ліва молочна залоза виглядає набряклою. Пальпаторно не визначається ущільнення або регіонарної лімфаденопатії. Пацієнтка не має сімейного анамнезу раку молочної залози. Який наступний крок у веденні цієї пацієнтки є найкращим?

Відповідь. Двостороння мамографія.

У цієї пацієнтки підозра на рак молочної залози, що викликає занепокоєння. Найкращим наступним кроком буде виконати двосторонню мамографію з подальшим ультразвуковим дослідженням.

Якщо рентгенологічні дані відповідають раку молочної залози, наступним кроком буде консультація хірурга.

Диференційна діагностика проводиться з бактеріальним маститом який зазвичай

вважає жінок, які годують груддю. Він також може розвинутися у пацієнток після пірсингу сосків. У пацієнток зазвичай підвищується температура, а шкіра над молочною залозою стає тонкою, набряклою та еритематозною.

3. Формування професійних умінь і навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторних досліджень тощо).

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Студенти групи діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній. Ми працюємо в

жіночих консультаціях з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

А підгрупа - для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічної пацієнтки.

Підгрупа III - оцінює правильність відповіді підгруп I та II та вносить свої корективи.

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

Вступ

У жінок рак молочної залози посідає перше місце за захворюваністю та смертністю серед усіх видів раку. Це найпоширеніший нешкірний рак і другий за смертністю рак у жінок. Теоретично, діагностика пухлин на ранніх стадіях повинна знизити смертність; однак, дуже важливо враховувати часовий фактор. Проблемним питанням є визначення того, хто повинен проходити скринінг. Можуть існувати повільно зростаючі пухлини, які не стають клінічно очевидними протягом життя пацієнта. Тому стратифікація ризику, вік початку скринінгу та вік припинення скринінгу мають вирішальне значення для належного скринінгу раку молочної залози. Останнім часом замість того, щоб зосереджуватися на розмірі та поширеності пухлини для визначення терапії, основна увага приділяється визначенню біологічних характеристик, які можуть допомогти у прогнозуванні та плануванні лікування.

Методи скринінгу такі:

- Пальпація молочних залоз може проводитися під час клінічного обстеження молочних залоз та самообстеження молочних залоз.
- Методи візуалізації молочної залози, такі як мамографія, ультразвукова діагностика, магнітно-резонансна томографія (МРТ) та цифровий томосинтез молочної залози (ЦТМ)

Багато численних рандомізованих досліджень дійшли висновку, що рутинну скринінгову мамографію слід пропонувати жінкам у віці від 50 до 69 років, а не жінкам у віці від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Виявлення генетичних мутацій, збільшення ризику раку молочної залози та розробка моделей прогнозування ризику раку молочної залози стимулювали ретельні зусилля з розробки методів скринінгу для стратифікації ризику. Для жінок з високим ризиком, на додаток до мамографії, в якості методів скринінгу вивчаються ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна томографія (МРТ) молочної залози. Обговорення включатиме стратифікацію ризику та варіанти лікування жінок з генетичною схильністю до раку молочної залози. Окремо обговорюється спостереження за жінками, які мають особистий анамнез раку молочної залози.

Анатомія та фізіологія

Зріла молочна залоза дорослої людини складається зі шкіри, підшкірної клітковини, епітеліального та стромального компонентів. Епітеліальний компонент складається з розгалужених протоків, які з'єднують структурні та

функціональні одиниці молочної залози, відомі як часточки, з соском. Стромальний компонент становить більшу частину об'єму молочної залози у нелактуючих жінок і складається з фіброзної та жирової тканини. Тканина молочної залози простягається від 2 і 6 ребер по вертикалі і від краю грудини до середньої пахвової лінії по горизонталі. Частина тканини молочної залози виступає в пахвову западину і відома як пахвовий хвіст Спенса. Шкіра молочної залози тонка і містить сальні залози, екзокринні потові залози та волосяні фолікули. Сосок позбавлений волосяних фолікулів і містить велику кількість сенсорних нервових закінчень, а також сальні та апокринові залози. Ареола, розміром від 16 до 60 мм, має майже круглу форму і підвищену пігментацію. На периферії ареоли є підвищення, які утворюються внаслідок відкриття проток залоз Монтгомері, які є великими сальними залозами і відомі як горбки Морганьї. Залози Монтгомері являють собою стадію між потовими та молочними залозами. Груді вкриті поверхневою грудною фасцією, яка продовжується поверхневою черевною фасцією Кампера. Знизу груди вкриті глибокою грудною фасцією, яка покриває великий грудний м'яз і передній зубчастий м'яз. Два фасціальні шари, що покривають тканину молочної залози, з'єднані волокнистими смугами, відомими як підвісні зв'язки Купера, які забезпечують природну підтримку грудей. Більша частина загального кровопостачання молочної залози надходить з внутрішніх молочних судин. Сенсорна іннервація відбувається переважно від передньолатеральних та передньомедіальних гілок грудних міжреберних нервів T3 - T5. Вона також забезпечується нижніми волокнами від надключичних нервів шийного сплетення.

Показання

У 2015 році Американське онкологічне товариство (ACS) рекомендувало:

- Жінки із середнім ризиком повинні проходити регулярну скринінгову мамографію, починаючи з 45 років (наполеглива рекомендація).
- Жінки у віці від 45 до 54 років повинні проходити скринінг щорічно, а жінки 55 років і старше можуть проходити скринінг раз на два роки або щорічно.
- Надавати жінкам у віці від 40 до 44 років можливість вибору щодо щорічного проходження мамографії.
- Рутинні стратегії скринінгу не рекомендуються жінкам віком від 40 до 49 років або жінкам старше 70 років. Однак, у співпраці з мамографією, МРТ молочної залози вивчалася як важливий метод скринінгу для жінок з високим ризиком і жінок з щільними грудьми. Рекомендується продовжувати скринінгову мамографію жінкам, які мають очікувану тривалість життя до десяти років і гарний стан здоров'я в цілому.

Цільова група превентивних служб США (USPSTF)

Вона рекомендує проводити мамографію раз на два роки жінкам у віці від 50 до 74 років. Для вікової групи від 40 до 49 років можна розглянути можливість групового скринінгу після обговорення та оцінки ризиків і переваг цього тесту з лікарем.

ВООЗ

Вона рекомендує проводити мамографічний скринінг раз на два роки для жінок у віці від 50 до 69 років у забезпечених ресурсами умовах.

Американський коледж акушерів-гінекологів

Вона рекомендує проводити скринінгову мамографію двічі на рік після 55 років, що запобігає шкоді, якщо пацієнтка про це поінформована.

USPSTF і ACS помітно відрізняються в рекомендаціях щодо клінічних обстежень молочних залоз (КМО). ACS не рекомендує їх, тоді як USPSTF рекомендує проводити клінічне обстеження молочних залоз з мамографією у жінок із середнім ризиком розвитку раку молочної залози.

Група експертів Національної комплексної онкологічної мережі (NCCN) рекомендує жінкам із середнім ризиком захворювання у віці від 25 до 39 років проходити клінічне обстеження, консультування щодо зниження ризику та клінічне обстеження молочних залоз кожні 1-3 роки. Їм також слід рекомендувати негайно повідомляти про будь-які зміни в грудях своєму лікарю.

Протипоказання

При скринінгу молочної залози слід дотримуватися певних застережних заходів, враховуючи вік жінки. Нові рекомендації Американської колегії лікарів застерігають, що починаючи з 40 років жінки середнього ризику без симптомів повинні обговорити зі своїм лікарем переваги, особисті уподобання та потенційну шкоду скринінгу раку молочної залози за допомогою мамографії до досягнення 50-річного віку.

Клінічний скринінг молочних залоз не рекомендується незалежно від віку для жінок середнього ризику. Скринінг для жінок у віці 75 років і старше або з очікуваною тривалістю життя 10 років і менше слід припинити.

Обладнання

Мамографія - це низькодозований рентгенівський метод для детальної візуалізації молочної залози. Це найкращий популяційний метод для скринінгу. Він може продемонструвати мікрокальцинати розміром менше 100 мікрометрів, що робить його здатним виявити ураження до того, як вони стануть відчутними. Мамографія може проводитися у двох формах: скринінгова та діагностична.

Пацієнтки, які мають сімейний або особистий анамнез раку молочної залози, потребують додаткового обстеження при діагностичній/скринінговій мамографії.

Системи звітності та даних візуалізації молочної залози використовуються для того, щоб керувати правилами діагностики раку молочної залози. Вони включають рівні категоризації для інтерпретації уражень молочної залози в стандартизованому форматі серед радіологів. Однак більшість скринінгових мамограм показують відсутність ознак раку при подальшому дослідженні, 1-2% виявляють аномалії, що потребують біопсії. Більшість (80%) з них є доброякісними утвореннями.

Підрахунок балів BI-RADS:

- 0-Потрібна додаткова інформація. Може знадобитися ще одна мамографія.
- 1 - без відхилень. Продовжуйте рутинний скринінг.
- 2 - Доброякісні захворювання молочної залози, такі як кісти. Продовжуйте регулярний скринінг.
- 3 - Виявлено щось, що, ймовірно, не є раком. Повторна мамографія протягом наступних шести місяців.
- 4 - підозра на рак. Може знадобитися біопсія.
- 5 - Висока ймовірність раку. Потрібна біопсія.

Цифрову мамографію краще застосовувати для діагностики раку молочної залози в щільних молочних залозах. Також може використовуватися томосинтез або 3D-мамографія, що покращує здатність виявляти ракові пухлини найменших розмірів і зменшує ймовірність хибнопозитивних результатів.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) у всьому світі вища за вартістю, ніж мамографія. Скринінгова МРТ вважається менш специфічною, але більш чутливою, ніж мамографія, для виявлення інвазивного раку у жінок з високим ризиком.

Застосування термографії ґрунтується на факті підвищеної температури шкіри молочної залози над раком молочної залози.

Ультразвук зазвичай використовується для того, щоб дізнатися більше про позитивний результат клінічного обстеження або скринінгової мамографії на діагностичному фронті. Він має обмежене застосування як скринінговий метод через різні фактори, включаючи нездатність виявити мікрокальцифікати та низьку специфічність.

Щорічна мамографія та МРТ, а іноді і кожні 6 місяців, необхідні жінкам з мутаціями гена *BRCA*, обтяженим сімейним анамнезом раку молочної залози та попередньою променевою терапією грудної клітки.

Оскільки пацієнтка іноді може сама виявити рак молочної залози, вона повинна бути не тільки проінформована та поінформована про самообстеження молочної залози, але й проінструктована про необхідність повідомляти медичного працівника про будь-які зміни в молочній залозі. Медичні працівники повинні проводити скринінг та консультування безсимптомних пацієнток, які мають сімейний анамнез раку *BRCA*. Генетичні консультанти та команда повинні проводити оцінку для забезпечення генетичного тестування після отримання інформованої згоди.

Підготовка

Історія пацієнтки - особиста та сімейна - повинна періодично оцінюватися медичними працівниками. Це повинно включати фактори ризику, попередні біопсії та їх результати, радіаційне опромінення, а також сімейний анамнез раку молочної залози. Ідентифікація жінок, які отримають користь від

генетичного консультування, є дуже важливою. Для оцінки та стратифікації жінок з високим ризиком використовується модель Gail.

Згідно з новими дослідженнями, самосвідомість щодо грудей підвищується. Самосвідомість грудей визначається зовнішнім виглядом і відчуттям грудей жінки, здатністю помітити будь-які зміни в грудях і повідомити про них лікаря первинної медичної допомоги; однак при самообстеженні грудей необхідно регулярно і систематично обстежувати груди, як і при самообстеженні. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

Вимоги до знань:

- Комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнтів.
- Вміння визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Вміння встановити попередній та клінічний діагноз захворювання
- Виконувати медичні маніпуляції
- Можливість вести медичну документацію

Методи візуалізації для скринінгу раку молочної залози є найкращими та найбільш прийнятними з точки зору чутливості та специфічності, беручи до уваги ускладнення та шкоду для скринінгової популяції. Іншими методами є самообстеження молочних залоз та клінічне обстеження молочних залоз. Серед методів візуалізації найбільш прийнятною є мамографія. Інші широко використовувані методи - ультразвукове дослідження та МРТ.

Методи скринінгу, такі як мамографія, є найбільш ефективними, коли використовуються цільові стратегії скринінгу, що враховують вік та інші критерії, такі як гормональний вплив, сімейний анамнез та фактори ризику, такі як радіація, ожиріння та генетика.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) проводиться шляхом внутрішньовенного введення контрастної речовини, що підвищує здатність відмежовувати нормальну молочну залозу від патологічних утворень.

Ускладнення

Метод мамографічного скринінгу не є точним. Дані свідчать про те, що він може бути менш чутливим у виявленні раку в мамографічно щільній тканині молочної залози. Мамографія може давати хибнонегативні результати, що призводить до пропуску раку, коли він присутній.

Додаткове лікування пов'язане зі скринінгом, який може виявитися неефективним і непотрібним. Ті, хто пройшов скринінг, мають більше шансів отримати хірургічну та променеву терапію.

А лікування може завдати шкоди економічно, психологічно, фізично або продуктивно. Існує невизначеність в оцінці очікуваної тривалості життя, а також зменшення очікуваної тривалості життя, скоригованої на якість, через гіпердіагностику.

Залежно від віку початку, частоти та припинення скринінгу, загальне опромінення протягом життя зростає, оскільки жінки отримують близько 3,7 мГр за одну цифрову мамографію. Таким чином, підвищується ризик розвитку раку молочної залози, спричиненого опроміненням, на 125 випадків на 100 000 жінок у віці від 40 до 74 років. А отже, збільшується кількість смертей через скринінг раку молочної залози.

Ультрасонографія, як правило, вважається дуже залежним від оператора методом і додатковим скринінговим тестом, який вимагає кваліфікованого лікаря, якісного обстеження та найсучаснішого обладнання. З огляду на результати цих досліджень, проспективне багатоцентрове дослідження з вивчення ролі цього методу візуалізації в скринінгу раку молочної залози є виправданим.

Клінічне значення

Вік не повинен бути єдиним вирішальним фактором для припинення або продовження скринінгу раку молочної залози. При плануванні скринінгу молочної залози залежно від віку слід враховувати комбінації та збалансований огляд усіх факторів ризику та щільності молочних залоз. Чутливість і специфічність мамографії стають вищими з віком у порівнянні з молодими жінками.

Щільні молочні залози мають високу ймовірність розвитку раку молочної залози. Хоча мамографія знижує чутливість виявлення раку молочної залози у жінок з щільними грудьми, можна використовувати інші стратегії скринінгу, такі як МРТ та УЗД.

Помічено, що рак молочної залози у жінок швидко розвивається, і мамографія не може бути дуже корисною з точки зору скринінгу. Бажано обговорювати питання скринінгу раку молочної залози з усіма жінками, починаючи з 40 років, і вести належну документацію. Згідно з новими настановами, лише вік не повинен бути визначальним фактором для припинення скринінгу. Жінки із середнім ризиком розвитку раку молочної залози повинні продовжувати скринінгову мамографію молочної залози щонайменше до 75 років. При цьому слід враховувати загальний стан здоров'я та очікувану тривалість життя.

Ранній вік початку та використання МРТ та/або УЗД може бути розглянутий для жінок, які мають родичів першого ступеня спорідненості з раком молочної залози. Жінкам, які є носіями мутації BRCA, рекомендується поєднання щорічної МРТ молочної залози та мамографії для виявлення раку молочної залози.

Покращення результатів роботи медичної команди

Скринінг раку молочної залози є складною і комплексною сферою клінічної та профілактичної медицини. Первинна ланка охорони здоров'я відповідає не лише за належний скринінг і правильний збір анамнезу, але й за здатність знати і знаходити притаманні фактори ризику, які можуть призвести до дисбалансу користі, отриманої від скринінгу. Необхідно враховувати вік і щільність грудей,

надавати належне консультування пацієнткам з генетичною та сімейною схильністю, а також шукати підхід на основі спільної думки.

З точки зору діагностики, знання, навички та вміння лікарів-рентгенологів, а також технічного та середнього медичного персоналу рекомендується використовувати для підтримки та отримання необхідної інформації, щоб доповнити процес скринінгу, зменшуючи ймовірність хибнопозитивних та хибнонегативних результатів.

Скоординований та спільний підхід міжпрофесійної команди підвищить ймовірність встановлення діагнозу за допомогою скринінгових методів та збагатить медичну допомогу пацієнтам.

Breast Cancer Screening Guidelines for Women

	U.S. Preventive Services Task Force ^{1,2}	American Cancer Society ³	American College of Obstetricians and Gynecologists ^{4,5,6}	International Agency for Research on Cancer ⁷	American College of Radiology ^{8,9}	American College of Physicians ¹⁰	American Academy of Family Physicians ¹¹
Women aged 40 to 49 years with average risk	The decision to start screening with mammography in women prior to age 50 years should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening once every two years between the ages of 40 and 49 years.	Women aged 40 to 44 years should have the choice to start breast cancer screening once a year with mammography if they wish to do so. The risks of screening as well as the potential benefits should be considered. Women aged 45 to 49 years should be screened with mammography annually.	After counseling and if an individual desires screening mammography may be offered once a year or once every two years and clinical breast exams may be offered once a year. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling.	There is limited evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality in women 40-49 years of age.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should discuss whether to screen for breast cancer with mammography before age 50 years. Discussion should include the potential benefits and harms and a woman's preferences. The potential harms outweigh the benefits in most women aged 40 to 49 years.	The decision to start screening with mammography should be an individual one. Women who place a higher value on the potential benefit than the potential harms may choose to begin screening.
Women aged 50 to 74 years with average risk	Screening with mammography once every two years is recommended. The evidence is insufficient to assess the additional benefits and harms of clinical breast examination.	Women aged 50 to 54 years should be screened with mammography annually. For women aged 55 years and older, screening with mammography is recommended once every two years or once a year. Women aged 55 years and older should transition to biennial screening or have the opportunity to continue screening annually. Among average risk women, clinical breast examination to screen for breast cancer is not recommended.	Screening with mammography is recommended once a year or once every two years. Decisions between screening with mammography once a year or once every two years should be made through shared decision-making after appropriate counseling. Clinical breast exams may be offered annually. Clinical breast exams should be offered in the context of a shared, informed decision-making approach that recognizes the uncertainty of additional benefits and harms of clinical breast examination beyond screening mammography.	There is sufficient evidence that screening with mammography reduces breast cancer mortality to an extent that its benefits substantially outweigh the risk of radiation-induced cancer from mammography. There is inadequate evidence that clinical breast examination reduces breast cancer mortality. There is sufficient evidence that clinical breast examination shifts the stage distribution of tumors detected toward a lower stage.	Screening with mammography is recommended once a year.	Clinicians should offer screening with mammography once every two years. In average-risk women of all ages, clinicians should not use clinical breast examination to screen for breast cancer.	Screening with mammography is recommended once every two years. Current evidence is insufficient to assess the benefits and harms of clinical breast exams.

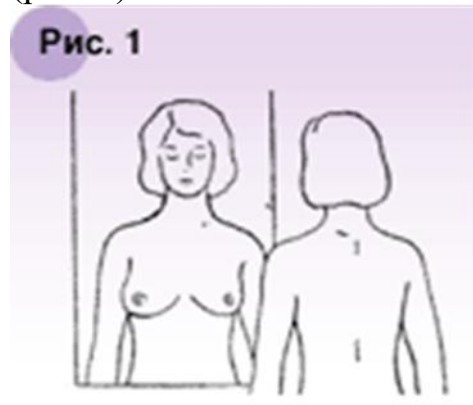
Алгоритм обстеження молочних залоз

Етап 1:

Пацієнтка стоїть з вільно опущеними руками. Уважно огляньте кожну залозу.

Перевірте, чи немає змін у розмірі, формі, контурах молочної залози (одна залоза може бути трохи більшою, це нормально). Зверніть увагу на симетричність обох залоз, чи розташовані залози на одному рівні, чи рівномірно вони зміщуються при піднятті і закладенні рук за голову, нахилах, поворотах вправо і вліво. Чи немає фіксації або зміщення однієї із залоз в сторону?

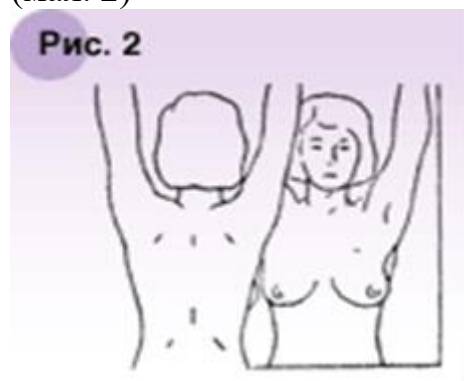
Жінка повинна щомісяця робити такий же самоаналіз, дивлячись у дзеркало (рис. 1).



Стадія 2:

Пацієнтка піднімає руки вгору -

ще раз оглянути молочні залози по черзі, звертаючи увагу на їх зміщення вгору, в сторони або вниз; зміну форми з утворенням збільшення, втягнення, втягування шкіри або соска; появу крапель рідини з соска під час цих рухів (мал. 2)



Стадія 3:

У положенні "стоячи" - проводиться так звана поверхнева пальпація, коли подушечки пальців не проникають в товщу залози, що дає можливість виявити невеликі утворення, розташовані безпосередньо під шкірою. Потім проводиться глибока пальпація, коли подушечками пальців послідовно досягають ребер. Пальпацію слід проводити від ключиці до нижнього краю ребер і від грудини до пахової лінії, включаючи пахову область, де можна виявити збільшені лімфатичні вузли (рис. 3)

Рис. 3



Стадія 4:

Проведення "кругової" пальпації молочних залоз у положенні пацієнтки стоячи. Рекомендується починати пальпацію із зовнішнього верхнього квадрата, далі - круговими рухами за годинниковою стрілкою.

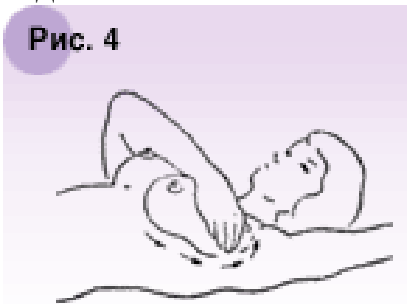
П'ята стадія:

Промаячайте молочні залози в положенні "лежачи на спині".

Це найважливіша частина огляду, адже тільки так можна належним чином обстежити всі тканини. При цьому зверніть увагу, які молочні залози можна промацати під пальцями.

Пальпація проводиться лежачи на відносно твердій, рівній поверхні; можна підкласти валик або тверду подушку під досліджувану залозу, витягнути руку вздовж тіла або завести її за голову. (Рис. 4)

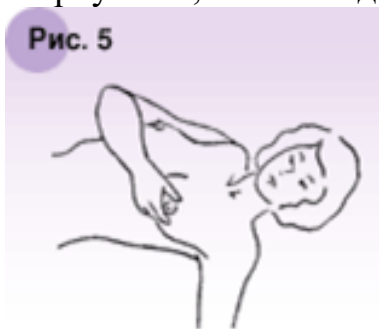
Рис. 4



Пропонується два способи пальпації:

1. Метод квадратів, коли вся поверхня передньої грудної стінки від ключиці до реберного краю і молочної залози умовно ділиться на невеликі квадрати. Огляд проводиться послідовно в кожному квадраті зверху вниз, як по сходах. (Рис. 5)

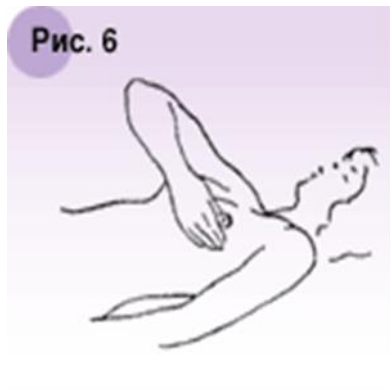
Рис. 5



2. Спіральний метод, коли огляд молочної залози проводиться по спіралі у

вигляді концентричних кіл, починаючи від пахової западини до соска. Подушечками пальців роблять кругові рухи, просуваючись у напрямку соска. (мал. 6)

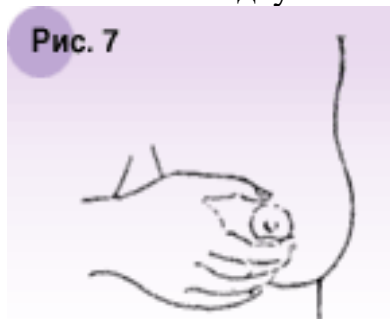
Проміщайте пахові лімфовузли



Етап 6: Огляд соска

При огляді сосків необхідно визначити, чи немає змін їх форми і кольору, чи не втягнуті вони. Чи немає намокання, ранок або тріщин. Необхідно промацати сосок та інфрааммарну ділянку. Ця зона у жінок досить чутлива і у деяких супроводжується еротичними або неприємними відчуттями.

На завершення потрібно обережно взяти сосок великим і вказівним пальцями і натиснути на нього, відзначаючи при цьому характер виділень з нього або їх відсутність. (мал. 7)



Навчіть жінку щомісяця проводити самообстеження молочних залоз:

З 10 виявлених змін у молочній залозі - 9 виявляють самі жінки, адже ніхто краще за них не знає стан своїх молочних залоз. Більшість виявлених змін у молочній залозі є доброякісними.

Обстеження краще проводити в один день з менструальним циклом, оскільки протягом місяця відбуваються зміни в розмірі та структурі молочних залоз.

Найкращий час - через тиждень після початку менструації, коли молочна залоза знаходиться в розслабленому стані, а при настанні менопаузи - в один і той же день кожного календарного місяця.

ТЕМА

"Огляд шийки матки у дзеркалах. Забір матеріалу для бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитоморфологічного дослідження".

Мета.

Навчитися алгоритму складання плану лабораторних та інструментальних досліджень при гінекологічних захворюваннях і під час вагітності. Формування навичок виконання медичних маніпуляцій у гінекології.

Основні поняття: види лабораторних досліджень у гінекології та акушерстві. Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом. Скринінг раку шийки матки у гінекологічних хворих і вагітних жінок. Тактика ведення пацієнток з інфекційними захворюваннями статевих шляхів, передраковими змінами епітелію шийки матки та раком шийки матки. PAP-мазок (цитологічне дослідження). Міжнародна термінологія для класифікації цитологічних тестів, система Bethesda.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, оголошення теми, мети уроку, мотивація учнів до вивчення теми).

Рак шийки матки (РШМ) - це злоякісне захворювання жіночих репродуктивних органів. Це одне з найпоширеніших онкологічних захворювань серед представниць прекрасної статі, яке часто розвивається в досить молодому віці 35-45 років. Згідно зі статистикою, рак шийки матки посідає четверте місце у світі серед жіночих онкологічних захворювань і 7-ме місце загалом за поширеністю. У 2020 році було зареєстровано понад 604 000 нових випадків раку шийки матки.

10 країн із найвищими показниками захворюваності на рак шийки матки і найвищим числом смертей від раку шийки матки у 2020 році представлені в таблицях нижче.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), мають величезний вплив на сексуальне і репродуктивне здоров'я в усьому світі.

Щодня набувається понад 1 мільйон ІПСШ. У 2020 році ВООЗ прогнозує 374 мільйони нових випадків зараження однією з 4 ІПСШ: хламідіозом (129 мільйонів), гонореєю (82 мільйони), сифілісом мільйона) та трихомоніазом (156 мільйонів). За оцінками, у 2016 році понад

490 мільйонів людей жили з генітальним герпесом, а приблизно 300 мільйонів жінок мають інфекцію ВПЛ, яка є основною причиною раку шийки матки та анального раку серед чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками. За оцінками, у всьому світі 296 мільйонів людей живуть із хронічним гепатитом В.

ІПСШ можуть мати серйозні наслідки, що виходять за рамки безпосереднього впливу самої інфекції.

- Такі ІПСШ, як герпес, гонорея і сифіліс, можуть підвищити ризик зараження ВІЛ.
 - Передача ІПСШ від матері дитині може призвести до мертвородження, неонатальної смерті, низької маси тіла під час народження і недоношеності, сепсису, неонатального кон'юнктивіту і вроджених каліцтв.
 - Інфекція ВПЛ викликає рак шийки матки та інші види раку.
 - Гепатит В став причиною приблизно 820 000 смертей у 2019 році, переважно від цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. ІПСШ, такі як гонорея і хламідіоз, є основними причинами запальних захворювань органів малого таза та безпліддя у жінок.
- Водночас ІПСШ часто протікають безсимптомно. Коли симптоми з'являються, вони можуть бути неспецифічними. Крім того, лабораторні тести ґрунтуються на зразках крові, сечі або анатомічних зразках.

2.Контроль контрольного рівня знань (письмова робота, письмовий тест, онлайн-тест, співбесіда тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до проведення практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

Вимоги до знань:

- Навички спілкування та клінічного обстеження пацієнтів.
- Уміння визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їхні результати.
- Здатність встановити попередній та клінічний діагноз захворювання
- Виконувати медичні маніпуляції
- Здатність вести медичні документи

Список дидактичних одиниць:

- Техніка проведення досліджень у дзеркалах із використанням вагінального двохстулкове (Куско) і ложкоподібного (Сімса) дзеркал.
- Оцінка стану слизових оболонок, піхвової частини шийки матки, зовнішнього зіву шийки матки і виділень за різних гінекологічних патологій і вагітності
- Методи забору матеріалу для бактеріоскопічних, бактеріологічних, цитоморфологічних досліджень.
- PAP-мазок. Рідинна цитологія. Мазок-відбиток .

Запитання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою уроку.

Питання:

1. Клінічна анатомія жіночих статевих органів.
2. Класифікація захворювань, що передаються статевим шляхом.
3. Класифікація цитологічних змін епітелію шийки матки.
4. ВПЛ-інфекція, діагностика, значення, лікування.
5. Методи обстеження та діагностики новоутворень шийки матки.
6. Сучасне ведення жінок з патологією шийки матки та ЗПСШ.

Ситуаційні завдання

1. Жінка 65 років прийшла в клініку на повторне обстеження. В анамнезі в неї цервікальна інтраепітеліальна неоплазія (CIN)-2 після конізації холодним ножом, гонорея та хламідіоз, проліковані, та цистоцеле 1 ступеня, проліковане за допомогою вагінального песарія. Вона досягла менопаузи у віці 53 років. Вона скаржиться на неприємні виділення з піхви, подразнення і вагінальну кровотечу. При фізичному огляді здається, що у неї виразка піхви. Який найкращий початковий крок у лікуванні цієї пацієнтки?

Відповідь. Видалити песарій.

Пункти викладання

- Виразки в песарії трапляються часто, і їхні симптоми включають вагінальну кровотечу, вагінальні виділення і подразнення.
- Лікування включає видалення песарія або зміну його типу і розміру для полегшення тиску на точки.
- Лубриканти на водній основі, що наносяться на песарій, запобігають утворенню виразок.
- Рекомендоване зняття, промивання і повторне введення пристрою на ніч.

Жінка 21 року прийшла зі скаргами на болісну виразку на статевих органах протягом останніх дванадцяти днів. Вона стверджує, що помітила горбки навколо виразки, які збільшуються. Вона живе статевим життям із двома партнерами, які не використовують презервативи регулярно. Нещодавно вона пройшла курс лікування від хламідіозу з десятиденним прийомом доксицикліну. Її життєві показники: артеріальний тиск 110/75 мм рт. ст., частота серцевих скорочень 86 ударів на хвилину, частота дихання 12 вдихів на хвилину, температура 37 C (98,6 F). Фізикальне обстеження виявляє виразку розміром 1 см з еритематозною основою і чітко окресленими краями в ділянці геніталій. У паховій ділянці є кілька збільшених лімфатичних вузлів. Що з перерахованого нижче найімовірніше побачити під час фарбування за Грамом ексудату виразки?

Відповідь. Грамнегативні палички в довгих

нитках Пункти викладання

Найімовірніший діагноз - шанкроїд. Його типова форма - болюча виразка з еритематозною основою і чіткими демаркованими краями або нерівними краями з лімфаденопатією.

Збудником є *Haemophilus ducreyi*. Фарбування ексудату за Грамом може

показати типову "риб'ячу шкіру", що складається з грамнегативних паличок у довгих нитках.

Червоподібна спіралеподібна бактерія описує *Treponema pallidum*, збудника сифілісу. Сифіліс спричиняє безболісні виразки. Клебсієла - це грамнегативна інкапсульована паличка. *Klebsiella granulomatis* спричиняє генітальні ураження у вигляді бородавок. *Neisseria gonorrhea* виглядає як грамнегативні диплококи, але не спричиняє генітальних уражень.

Хламідії не видно при забарвленні за Грамом і проявляються у вигляді невеликих, неглибоких безболісних виразок.

2. Формування професійних умінь і навичок (володіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторних досліджень тощо).

- Зміст завдань (завдання, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачі діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній. Ми працюємо в кабінетах жіночої консультації з гінекологічними хворими, даємо завдання: А підгрупа - для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічного пацієнта.

Підгрупа III - оцінює правильність відповіді підгруп I і II і вносить свої корективи.

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (фахові алгоритми, орієнтовні карти для формування практичних навичок і вмінь тощо).

Вступ

Щороку більш ніж у півмільйона жінок діагностується рак шийки матки, і це захворювання призводить до більш ніж 300 000 смертей у всьому світі. У більшості випадків причиною захворювання є високоризикові підтипи вірусу папіломи людини (ВПЛ). Захворюванню значною мірою можна запобігти. Близько 90% випадків раку шийки матки трапляється в країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де відсутні організовані програми скринінгу та вакцинації проти ВПЛ. У країнах з високим рівнем доходу захворюваність і смертність від раку шийки матки знизилися більш ніж удвічі за останні 30 років після введення офіційних програм скринінгу. Лікування залежить від ступеня захворювання на момент постановки діагнозу і доступних місцевих ресурсів і може включати радикальну гістеректомію, хіміопроменеве лікування або поєднання обох методів. Консервативні хірургічні процедури, що зберігають фертильність, стали стандартом лікування для жінок із низьким ризиком захворювання на ранніх стадіях. Досягнення в технології радіотерапії, такі як радіотерапія з модульованою інтенсивністю, призвели до зниження токсичності, пов'язаної з лікуванням, для жінок із

місцеворозповсюдженим захворюванням. Для жінок з метастатичним або рецидивуючим захворюванням загальний прогноз залишається поганим; тим не менш, включення анти-VEGF препарату Бевацизумаб дало змогу збільшити загальну виживаність більш ніж на 12 місяців. Попередні результати застосування нових імунотерапевтичних підходів, як і при інших солідних пухлинах, досі демонстрували багатообіцяючі результати.

Методами скринінгу є:

- PAP-мазок. Рідинна цитологія. Мазок-відбиток
- Виявлення ВПЛ (метод ПЛР).

Етапи обстеження за допомогою вагінального дзеркала

Вступ

- Представтеся пацієнту
- Вимийте руки
- Пояснити пацієнту, що включає в себе обстеження і чому воно необхідне
- Наприклад: "Я введу дзеркало, яке являє собою пластиковий/металевий інструмент, в піхву, щоб візуалізувати шийку матки".
- Переконайте пацієнта, що це не повинно бути болючим, але ви негайно припините, якщо це стане занадто неприємним.
- Отримання усної згоди
- Запросити супроводжуючого

Підготовка

- Пацієнт повинен мати порожній сечовий міхур, оскільки це може зробити обстеження менш дискомфортним
- За необхідності накрити простиралом
- Підготуйте обладнання: рукавички, лубрикант, дзеркало (наприклад, Куско) +/- скельця для нанесення матеріалу мазок, тампони, пайпель-кюретку

Абдомінальне обстеження

- Огляньте передню стінку черевної порожнини на наявність рубців і ознак асцити
- Пальпуйте черевну порожнину на наявність патологічних утворів і болючості
- Пальпуйте пах на предмет пахової лімфаденопатії

Зовнішній огляд

Пацієнта слід укласти на спину, зігнувши ноги в кульшових суглобах (стопи у напрямку до сідниць), і попросити його розвести коліна в сторони.

- Одягніть пару рукавичок
- Огляньте зовнішні статеві органи на предмет:
- Зміна зовнішніх статевих органів, пов'язана із пологами
- Аномальні вторинні статеві ознаки - розподіл

- волосся, збільшення клітера
- Шкірні аномалії - пошкодження, бородавки, еритема
- Виділення - колір, консистенція
- Кровотеча
- Новоутворення вульви - пухлини, кісти (сальні, бартолінової залози)
- Попросіть пацієнта покашляти або напружитися, щоб помітити нетримання сечі або випадання стінок піхви, матки
- Пальпуйте великі статеві губи вказівним і великим пальцями на предмет наявності припухлостей

Огляд шийки матки у дзеркалах

- Змастіть дзеркало лубрикантом
- Розділіть статеві губи за допомогою лівої руки
- Акуратно введіть дзеркало правою рукою:
- Повністю вставте дзеркало так, щоб гвинт був звернений убік, а лопаті розташовувалися вертикально
- Поверніть на 90 градусів під час вставки, щоб гвинт був спрямований вгору, а лопаті стали горизонтально
- Повільно відкрийте лопатки і за допомогою світла огляньте шийку матки

Шукайте:

- Аномальні виділення
- Ерозії
- Виразки
- Нарости
- Запалення
- Кровотеча
- Поліпи
- Ектропіон
- Затягніть гвинт для фіксації відкритого дзеркала, щоб ви могли використовувати праву руку для взяття мазків або біопсії за допомогою шпателя, цитощітки чи пайпеля-кюретки, якщо це необхідно.
- У цей момент слід взяти мазок/біопсію ендометрія, якщо це необхідно

Етапи виконання:

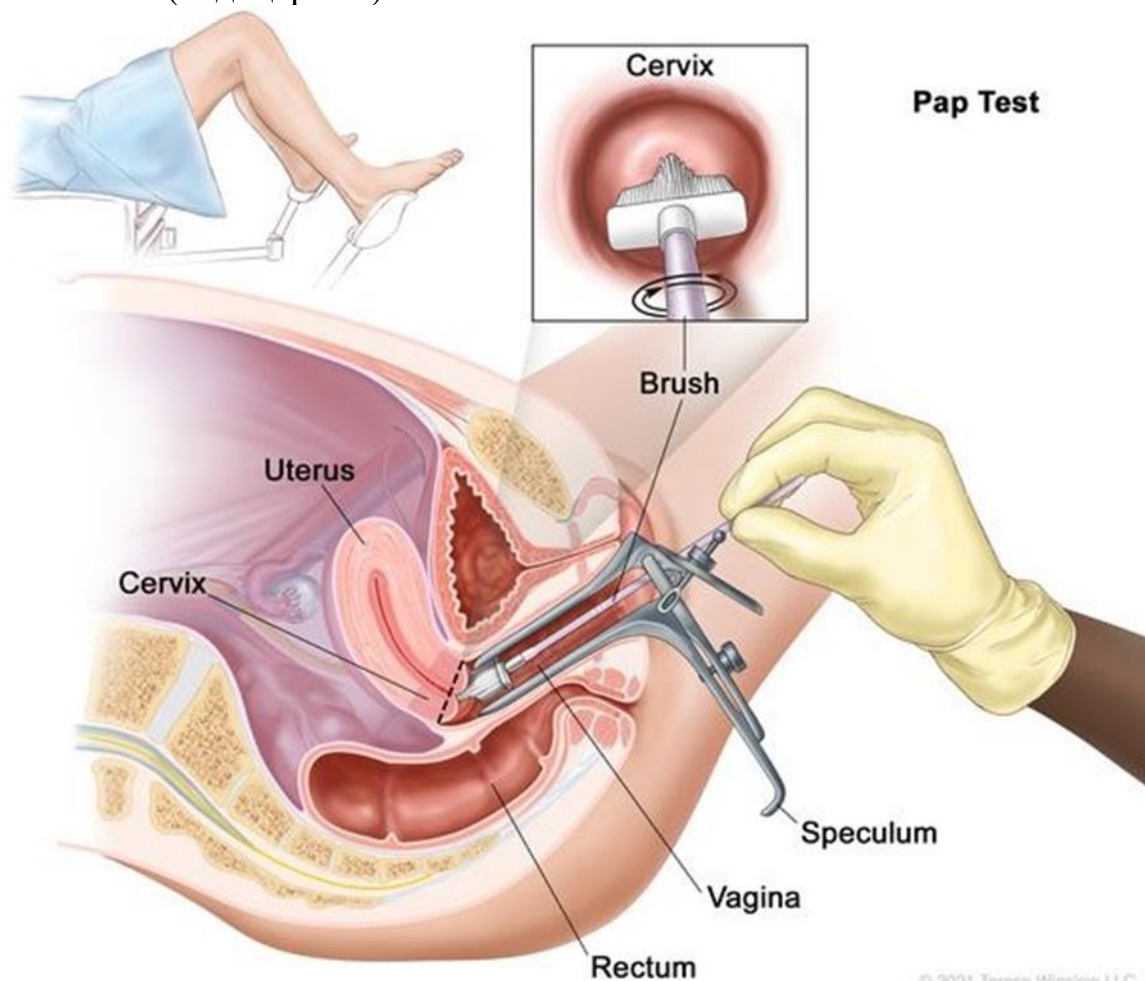
мазок для бактеріоскопічного дослідження

- візьміть предметне скло з маркуванням U/C/V;
- зібрати матеріал з уретри ватним аплікатором або ложкою Фолькмана з глибини 1,5-2 см шляхом зішкрябування і нанести його на предметне скло в ділянці U;
- зібрати матеріал для бактеріоскопічного дослідження:
- видаліть надлишки виділень ватним тампоном;

- обережно ввести другий кінець ложки Фолькмана або цитощітки в цервікальний канал, взяти матеріал шляхом зіскрібка, нанести його на предметне скло в ділянці С;
- візьміть матеріал із заднього склепіння за допомогою шпателя Ейра, нанесіть його на слайд в області V;

мазок для цитоморфологічного дослідження:

- використовуйте шпатель Ейра (або цитощітку, зігнуту під кутом 90°) для зіскрябання з поверхні шийки матки, зробивши повний оберт (360°), нанесіть матеріал на предметне скло широким рівним мазоком під міткою V (екзоцервікс);
- ввести цитощітку в цервікальний канал, повернути її на 360° 2-3 рази, обертальними рухами навколо своєї осі нанести зібраний матеріал на скло під міткою С (ендоцервікс)



- Щоб витягти дзеркало, відкрутіть гвинт, щоб лопаті закрилися (залиште їх злегка відкритими, щоб не защемити стінки піхви), поверніть назад на 90 градусів і обережно витягніть.

Завершити огляд

- Подякуйте пацієнту і дозвольте йому одягнутися наодинці з собою
- Утилізуйте рукавички та вимийте руки

- Після того, як пацієнт буде одягнений, ви можете узагальнити результати і запропонувати подальші дослідження.
- Надсилайте будь-які зразки з бланком запиту

Збір ПАП-мазків під час огляду гінеколоом на цитологію, можна сказати є традиційним методом. Мазок наноситься на скло, фіксується, висушується, а потім мазок досліджується цитологом. Отримані результати корисні, але менш інформативні.

Під час виконання рідинної цитології той самий матеріал із мазка переноситься в рідину для консервації (у такий спосіб клітини зберігаються в природному стані) і досліджується в лабораторії. PAP-тест проводиться з використанням технології SurePath BD - автоматизованого методу, рекомендованого FDA (США) і протоколами CE. Результати досліджень для скринінгу раку шийки матки набагато точніші та інформативніші. Перевагами такого цитологічного скринінгу є:

- Відповідь із першого забору матеріалу;
- Значне зниження кількості неякісних або обмежених для інтерпретації матеріалів, на 43-81%;

Завдяки технології SurePath BD видаляються домішки крові та слизу, які можуть бути присутніми при запальних процесах під час вагітності;

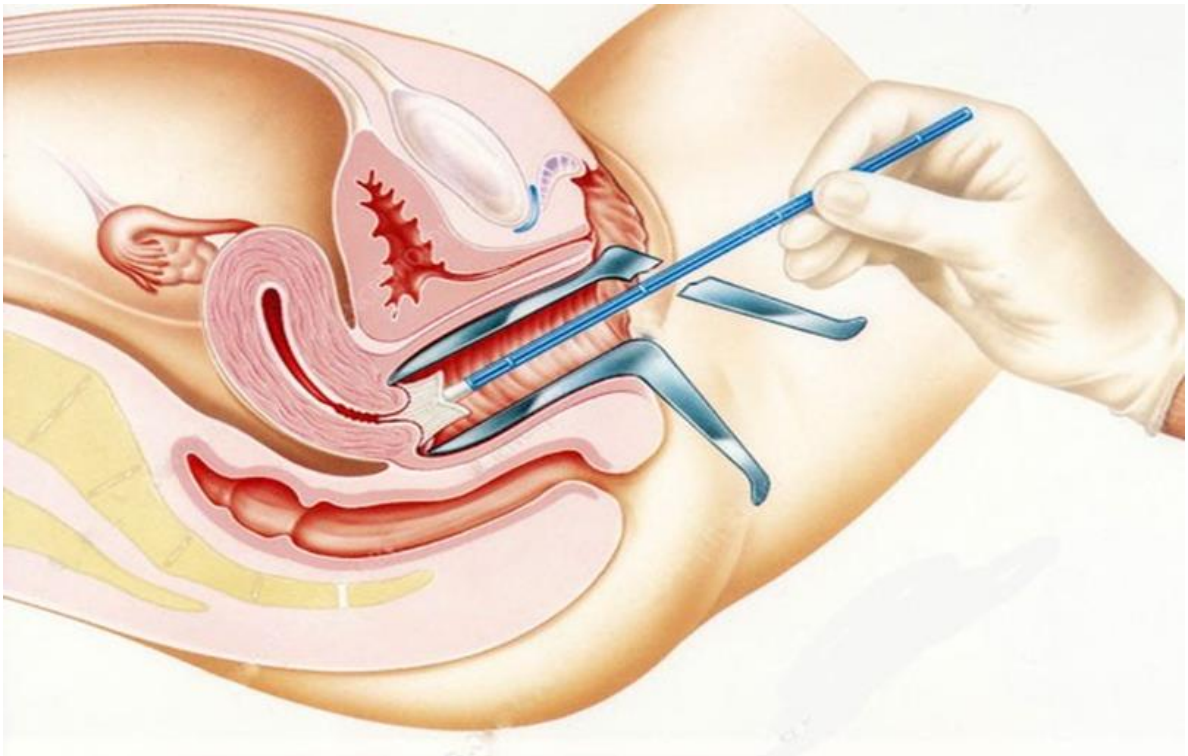
Оскільки всі клітини зберігаються в консервувальній рідині, це сприяє високій точності дослідження;

- При одноразовому заборі проб можна провести кілька діагностичних досліджень для підвищення ефективності цервікального скринінгу.

Підготовка до аналізу:

- Рекомендований період для прийому матеріалу
 - 8-20 дні менструального циклу;
- За два дні до призначеного для процедури часу не використовуйте жодних вагінальних засобів, не вступайте в статеві контакти;
- Збір не менш ніж через день після огляду гінеколога і кольпоскопії;
- Для жінок, які народили не раніше ніж через 5-6 тижнів після пологів.

Процедура безболісна, можливий дуже легкий дискомфорт. Гінеколог бере клітини для аналізу спеціальною м'якою щіточкою. Після цього отриманий матеріал переноситься в спеціальний контейнер із розчином і відправляється на дослідження.



Результати Пап-тесту класифікуються відповідно до міжнародної термінології класифікації цитологічних тестів - системи Бетесда.
Зміни у сквамозному епітелії:

- ✓ NILM - негативний результат, нормальний стан епітелію, тобто цитограма перебуває в межах норми.
- ✓ ASC-US - атипові клітини з невизначеними ознаками. На цій стадії зміни оборотні.
- ✓ ASC-H - атипові клітини сквамозного епітелію, коли не можна виключити дисплазію.
- ✓ LSIL - клітини з ознаками порушення, низький ступінь злоякісності, помірна дисплазія.
 - ✓ HSIL - ураження високого ступеня злоякісності, підозра на рак.
 - ✓ CIS - інвазивна плоскоклітинна карцинома.

Зміни в залозистому епітелії:

- ✓ AGC-US - атипові клітини залозистого епітелію невідомого значення.
- ✓ AGC favor neoplastic - атипові клітини з підозрою на неоплазію (передракове ураження).
 - ✓ AIS - аденокарцинома.

Клінічне ведення залежно від результатів ПАП-мазка та наявності інфекцій що передається статевим шляхом.

Pap Smear Test Result	21-24 Years of Age	25-29 Years of Age	≥ 30 Years of Age HPV Negative	≥ 30 Years of Age HPV Positive
Normal Pap Test Result	● Pap test every 3 years	● Pap test every 3 years	● Co-testing every 5 years ○ preferred ● Pap test every 3 years ○ acceptable	● Co-testing in 1 year ○ acceptable ● HPV typing ○ acceptable
ASC-US	● Pap test in 1 year ○ preferred ● Reflex HPV test ○ acceptable	● Pap test in 1 year ○ acceptable ● Reflex HPV test ○ preferred	● Repeat co-testing in 3 years	● Colposcopy
LSIL	● Repeat pap test in 1 year	● Colposcopy	● Repeat pap test in 1 year ○ preferred ● Colposcopy ○ acceptable	● Colposcopy
ASC-H	● Colposcopy	● Colposcopy	● Colposcopy	● Colposcopy
HSIL	● Colposcopy	● Excisional treatment or colposcopy	● Excisional treatment or colposcopy	● Excisional treatment or colposcopy

Co-testing = Pap and HPV testing

© Lineage

Moises Dominguez

Ключові факти:

- ✓ Щодня у світі набувається понад 1 мільйон хворих на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), більшість з яких протікає безсимптомно.
- ✓ Щороку, за оцінками спеціалістів, відбувається 374 мільйони нових випадків інфікування 1 з 4 є ВІЛ -інфікованих та 3 з ІПСШ: хламідіозом, гонореєю, сифілісом і трихомоніазом.
- ✓ За оцінками, понад 500 мільйонів осіб віком 15-49 років мають генітальну інфекцію вірусу простого герпесу (HSV або герпес) (1).
- ✓ Інфекція вірусу папіломи людини (ВПЛ) пов'язана з більш ніж 311 000 смертей від раку шийки матки на рік (2).
- ✓ За оцінками, у 2016 році майже 1 мільйон вагітних жінок були Інфіковані сифілісом, що призвело до більш ніж 350000 несприятливих результатів пологів (3).
- ✓ ІПСШ безпосередньо впливають на сексуальне і репродуктивне здоров'я через стигматизацію, безпліддя, рак і ускладнення вагітності, а також можуть підвищувати ризик зараження ВІЛ.
- ✓ Лікарська активність в діагностики, лікуванні та профілактики захворювання є основною загрозою для зниження тягаря ІПСШ у всьому світі.

Огляд

Відомо, що понад 30 різних бактерій, вірусів і паразитів передаються під час статевого контакту, включно з вагінальним, анальним і оральним сексом. Деякі ІПСШ можуть також передаватися від матері до дитини під час вагітності, пологів і грудного вигодовування. Вісім патогенів пов'язані з найбільшою поширеністю ІПСШ. З них 4 нині виліковні: сифіліс, гонорея,

хламідіоз і трихомоніаз. Решта 4 - невиліковні вірусні інфекції: гепатит В, вірус простого герпесу (HSV), ВІЛ і вірус папіломи людини (HPV).

Крім того, виникають спалахи нових інфекцій, якими можна заразитися під час статевого контакту, таких як мавпяча віспа, *Shigella sonnei*, *Neisseria meningitidis*, Ебола і Зіка, а також з'являються знову забуті ІПСШ, такі як lymphogranuloma venereum. Усе це віщує зростаючі проблеми в наданні адекватних послуг із профілактики та контролю ІПСШ.

Масштаб проблеми

ІПСШ мають величезний вплив на сексуальне та репродуктивне здоров'я в усьому світі.

Щодня набувається понад 1 мільйон ІПСШ. У 2020 році ВООЗ прогнозує 374 мільйони нових випадків зараження однією з 4 ІПСШ: хламідіозом (129 мільйонів), гонореєю (82 мільйони), сифілісом (7,1 мільйона) і трихомоніазом (156 мільйонів). За оцінками, у 2016 році понад 490 мільйонів людей жили з генітальним герпесом, а приблизно 300 мільйонів жінок мають інфекцію ВПЛ, яка є основною причиною раку шийки матки та анального раку серед чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками. За оцінками, у всьому світі 296 мільйонів людей живуть із хронічним гепатитом В.

ІПСШ можуть мати серйозні наслідки, що виходять за рамки безпосереднього впливу самої інфекції.

- Такі ІПСШ, як герпес, гонорея і сифіліс, можуть підвищити ризик зараження ВІЛ.
- Передача ІПСШ від матері дитині може призвести до мертвонародження, неонатальної смерті, низької маси тіла під час народження і недоношеності, сепсису, неонатального кон'юнктивіту і вроджених каліцтв.
 - Інфекція ВПЛ викликає рак шийки матки та інші види раку Гепатит В став причиною приблизно 820 000 смертей у 2019 році, переважно від цирозу і гепатоцелюлярної карциноми. ІПСШ, такі як гонорея і хламідіоз, є основними причинами запальних захворювань органів малого таза та безпліддя у жінок.

Профілактика ІПСШ

За умови правильного і постійного використання презервативи є одним із найефективніших методів захисту від ІПСШ, включно з ВІЛ. Незважаючи на високу ефективність, презервативи не забезпечують захист від ІПСШ, що спричиняють екстрагенітальні виразки (наприклад, сифіліс або генітальний герпес). За можливості презервативи слід використовувати під час будь-якого вагінального та анального сексу.

Існують безпечні та високоефективні вакцини проти двох вірусних ІПСШ: гепатиту В і ВПЛ. Ці вакцини стали серйозним досягненням у профілактиці ІПСШ. До кінця 2020 року вакцину проти ВПЛ запровадили в межах програм планової імунізації у 111 країнах, переважно в країнах із високим і середнім рівнем доходу. Щоб усунути рак шийки матки як проблему громадської охорони здоров'я в усьому світі, необхідно до 2030

року досягти високих показників охоплення вакцинацією проти ВПЛ, скринінгом і лікуванням передракових станів, а також лікуванням раку і підтримувати цей високий рівень протягом десятиліть.

Дослідження з розробки вакцин проти генітального герпесу та ВІЛ просунулися вперед, і кілька кандидатів у вакцини перебувають на ранніх стадіях клінічної розробки. З'являється все більше доказів того, що вакцина для профілактики менінгіту (MenB) забезпечує певний перехресний захист від гонореї. Необхідно провести додаткові дослідження вакцин проти хламідіозу, гонореї, сифілісу та трихомоніазу. Інші біомедичні заходи з профілактики деяких ІПСШ охоплюють добровільне медичне обрізання дорослих чоловіків, мікробіциди і лікування партнерів. Наразі проводяться випробування для оцінки користі до- і постконтактної профілактики ІПСШ та їхньої потенційної безпеки, обтяженої стійкістю до протимікробних препаратів (AMR).

Діагностика ІПСШ

ІПСШ часто протікають безсимптомно. Коли симптоми з'являються, вони можуть бути неспецифічними. Крім того, лабораторні тести засновані на аналізі крові, сечі або анатомічних зразків. Три анатомічні ділянки можуть нести як мінімум одну ІПСШ. Ці відмінності залежать від статі та сексуального ризику. Ці відмінності можуть означати, що діагноз ІПСШ часто пропускається, і люди часто лікуються від двох або більше ІПСШ.

Точні діагностичні тести на ІПСШ (з використанням молекулярних технологій) широко використовуються в країнах з високим рівнем доходу.

Вони особливо корисні для діагностики безсимптомних інфекцій. Однак у країнах з низьким і середнім рівнем доходу (СНСД) вони здебільшого недоступні для хламідіозу і гонореї. Навіть у тих країнах, де тестування доступне, воно часто коштує дорого і не є широкодоступним. Крім того, отримання результатів часто займає багато часу. У результаті подальше спостереження може бути ускладнене, а догляд або лікування можуть бути неповними.

З іншого боку, існують недорогі експрес-тести на сифіліс, гепатит В і ВІЛ. Швидкий тест на сифіліс і швидкий подвійний тест на ВІЛ/сифіліс використовуються в декількох умовах обмежених ресурсів.

Декілька інших експрес-тестів перебувають на стадії розроблення і мають потенціал для поліпшення діагностики та лікування ІПСШ, особливо в умовах обмежених ресурсів.

Лікування ІПСШ

На даний час ефективне лікування доступне для декількох ІПСШ.

- Три бактеріальні захворювання (хламідіоз, гонорея і сифіліс) і одне паразитарне з ІПСШ (трихомоніаз), як правило, лікуються за допомогою стандартних схем прийому антибіотиків в однократній

дозі.

- Для лікування герпесу та ВІЛ найефективнішими є противірусні препарати, які можуть модулювати перебіг хвороби, хоча й не можутьвилікувати її.
- У разі гепатиту В противірусні препарати можуть допомогти в боротьбі з вірусом і сповільнити пошкодження печінки.

Останніми роками захворювання ІПСШ - зокрема, гонореї - стрімко зростає, що призводить до скорочення можливостей лікування. Програма нагляду за AMR гонококів (GASP) засвідчила високий рівень стійкості до багатьох антибіотиків, включно з хінолонами, азитроміцином та цефалоспоринами розширеного спектра дії, які є останнім засобом лікування.

AMR для інших ІПСШ, таких як *Mycoplasma genitalium*, хоча й менш поширені, також існують.

Ведення випадків ІПСШ

У ЛМІК покладаються на виявлення послідовних, легко розпізнаваних ознак і симптомів для керівництва лікуванням без використання лабораторних тестів. Цей підхід - посиндромної діагностики захворювання - часто спирається на клінічні алгоритми і дає змогу медичним працівникам діагностувати конкретну інфекцію на основі спостережуваних синдромів (наприклад, виділення з піхви/уретри, генітальні виразки тощо). Синдромний підхід простий, забезпечує швидке лікування того самого дня і дає змогу уникнути дорогих або недоступних діагностичних тестів для пацієнтів із симптомами ІПСШ. Однак такий підхід призводить до надлишкового лікування і відсутність лікування, оскільки більшість ІПСШ протікає безсимптомно. Таким чином, ВООЗ рекомендує країнам посилити клінічні обстеження шляхом поступового включення лабораторних тестів для покращення діагностики ІПСШ. В умовах, коли доступні якісні молекулярні аналізи, рекомендується лікувати ІПСШ на основі даних лабораторних тестів. Крім того, стратегії скринінгу ІПСШ необхідні для тих, хворих, що мають підвищений ризик зараження, наприклад, для працівників секс-бізнесу, чоловіків, які мають статеві контакти з чоловіками, підлітків у деяких умовах і вагітних жінок.

Щоб перервати передачу інфекції та запобігти повторному інфікуванню, лікування статевих партнерів є важливим компонентом ведення випадків ІПСШ.

Контроль поширення ІПСШ.

Незважаючи на значні зусилля з рекомендацій використання простих методі профілактики, які можуть знизити ризик інфікування окремих груп населення з нетрадиційною сексуальною поведінкою залишається складним завданням.

Інформація, освіта та консультування можуть поліпшити здатність людей

розпізнавати симптоми ПСШ і підвищити ймовірність того, що вони звернуться по медичну допомогу і спонукають до цього свого сексуального партнера. На жаль, недостатня інформованість населення, недостатня підготовка медичних працівників і давня, широко поширена стигма щодо ПСШ залишаються перешкодами для ширшого й ефективнішого використання цих заходів.

Послуги охорони здоров'я зі скринінгу та лікування ПСШ залишаються слабкими

ТЕМА **"БІМАНУАЛЬНЕ ПІХВОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ".**

Мета. Вивчити алгоритм бімануального обстеження в гінекології для гінекологічних хворих. Виконувати медичні маніпуляції в умовах медичного закладу, вдома або на роботі на підставі раніше поставленого клінічного діагнозу та/або показників стану пацієнта, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та правових норм, ухвалюючи обґрунтоване рішення та використовуючи стандартні методи складання плану лабораторних та інструментальних досліджень при гінекологічних захворюваннях та під час вагітності. Формування навичок виконання медичних маніпуляцій у гінекології.

Основні поняття:

алгоритм бімануального обстеження в гінекології та акушерстві. Діагностика змін органів малого таза внаслідок запальних захворювань, пухлин, позаматкової вагітності, ранніх термінів вагітності за допомогою бімануального обстеження. Запитання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою уроку.

Питання:

1. Клінічна анатомія жіночих статевих органів.
2. Вроджені анатомічні аномалії жіночих статевих органів.
3. Пухлини матки та яєчників.
4. Ектопічна вагітність.
5. Методи обстеження та діагностики патології матки та придатків.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, оголошення теми, мети уроку, мотивація учнів до вивчення теми).

Бімануальне обстеження є частиною гінекологічного обстеження пацієнтки.

За допомогою бімануального обстеження проводять діагностику: - запальних захворювань внутрішніх статевих

органів;

- вагітності (маткової та позаматкової);
- пухлин і пухлинних процесів органів малого таза;
- аномалій розвитку, аномалій положення внутрішніх статевих органів.

3. Контроль контрольного рівня знань (письмова робота, письмовий тест, онлайн-тест, співбесіда тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувача до проведення практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

Вимоги до знань:

- Навички спілкування та клінічного обстеження пацієнтів.
- Уміння визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їхні результати.

- Здатність встановити попередній та клінічний діагноз захворювання
- Виконувати медичні маніпуляції
- Здатність вести медичну документацію
- Зберіть анамнез хвороби та анамнез життя, гінекологічний анамнез
- Відпрацювати методи бімануального та ректального обстеження на фантомі.
- На фантомі відпрацювати основні інструментальні методи обстеження пацієнтки (пункція заднього склепіння, зондування порожнини матки, функціональне діагностичне вишкрібання)
- Оцінити результати бімануального обстеження.
- Скласти план подальшого обстеження залежно від отриманих результатів.

Ситуаційні завдання

1. 52-річна жінка звернулася до лікаря жіночої консультації для профогляду. Менопауза 7 років. Скарг не пред'являла, 2 аборти. Перебувала на диспансерному обліку з приводу міоми матки, що відповідає 6-7 тижням вагітності, протягом 10 років.

Бімануально: піхва вільна, шийка матки циліндрична, гирло закрите. Матка збільшена до 9-го тижня вагітності, з горбистою поверхнею, рухлива, безболісна. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються.

Запитання

1. Диференційна діагностика.
2. Тактика ведення.

Відповідь

1. Міома матки, що зростає, у постменопаузі
2. Саркома матки
3. Кіста яєчника

Тактика ведення хворої:

1. Диспансерне спостереження за місцем проживання
2. Термінове активне лікування
3. Ультразвукове дослідження таза
4. Роздільне вишкрібання порожнини матки та цервікального каналу

2. Пацієнтка В., 29 років, поступила на прийом до гінеколога зі скаргами на відсутність вагітності в шлюбі. З анамнезу відомо: менструації з 12 років, регулярні, по 4-5 днів, через 28 днів, безболісні. Остання менструація була з 15.04. по 19.04., настала вчасно, без особливостей. Статеве життя з 24 років, заміжня 5 років, контрацептивами не користується. Перша вагітність закінчилася медикаментозним абортom на терміні 8 тижнів. Після цього протягом останніх шести років щорічно лікується з приводу загострення хронічного двостороннього аднекситу. Чоловікові 32 роки, здоровий, курить. Під час огляду: зовнішні статеві органи сформовані правильно, оволосіння за жіночим типом. Піхва безплідної жінки, слизова оболонка блідо-рожевого кольору. Шийка матки конічної форми, чиста, зовнішній отвір щілиноподібний.

Бімануально: Матка в положенні anteflexio-anteversio, нормального розміру, щільно-еластичної консистенції, обмежено рухлива під час пальпації, безболісна. Придатки важкі з обох боків, чутливі під час пальпації. Склепіння глибокі, параметри вільні.

Передбачуваний діагноз?

Які аналізи необхідно провести для підтвердження діагнозу?

Діагноз: Вторинне безпліддя, трубно - перитонеальна форма. Хронічний двосторонній аднексит без загострення.

Тактика: метросальпінгографія

3. Пацієнтка В., 18 років, поступила до гінеколога зі скаргою на відсутність менструацій, сухість піхви, неможливість статевого життя. З анамнезу відомо: народилася недоношеною дитиною, у дитинстві часто хворіла.

Статус: жіночий фенотип, зріст 165 см, ІМТ 21 кг/м². Шкіра чиста. Молочні залози гіпопластичні. У пахвових западинах волосся не росте. При огляді: Волосся на лобку відсутнє. Великі статеві губи гіпертрофовані, в їх товщі визначаються округлі утворення 2х2 см. Мінорні статеві губи гіпопластичні. У дзеркалах: піхва вузька, укорочена, закінчується сліпо.

Бімануально: у проекції матки визначається м'язовий валик, придатки не визначаються.

Передбачуваний діагноз?

Які аналізи необхідні для підтвердження діагнозу?

Відповідь:

Діагноз: Синдром Морріса.

План обстеження:

- Ультразвукове дослідження органів малого таза
- дослідження каріотипу
- визначення статевого хроматину

Лікування: видалення яєчників, ЗГТ

.

4. Хвора В., 45 років, поступила до гінеколога зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. З анамнезу відомо: менструації з 13 років, по 4-5 днів, через 29 днів, помірні, регулярні, безболісні. Минулого року менструації стали ряснішими, тривалішими (до 10 днів). Півроку тому було діагностовано невелику фіброміому матки.

Під час огляду: зовнішні статеві органи сформовані правильно, оволошіння за жіночим типом. Піхва рожала, слизова оболонка блідо-рожева. Шийка матки циліндрична, чиста.

Бімануально: Матка в anteflexio-anteversio, збільшена до 9 тижнів, щільно-еластичної консистенції, пальпується обмежено рухлива, горбиста, безболісна. Придатки з обох боків не пальпуються, безболісні. Т склепіння глибокі, параметри вільні.

Який ваш діагноз?

Які додаткові обстеження необхідно провести?

Відповісти

Діагноз: фіброміома матки.

- 1) Трансвагінальне ультразвукове дослідження
- 2) Гістероскопія, фракційно-лікувально діагностичне вишкрібання слизової цервікального каналу та порожнини матки .

3. Формування професійних умінь і навичок (володіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторних досліджень тощо).

- Зміст завдань (завдання, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Студенти групи діляться на 3 підгрупи по 4-5 осіб у кожній.

Ми працюємо в кабінетах жіночої консультації з гінекологічними хворими, даємо завдання: I підгрупа - для постановки попереднього діагнозу.

Підгрупа II - скласти план ведення гінекологічного пацієнта.

Підгрупа III - оцінює правильність відповіді підгруп I і II і вносить свої корективи.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (фахові алгоритми, орієнтовні карти для формування практичних навичок і вмінь тощо).

Вагінальне дослідження.

Після огляду за допомогою дзеркал проводиться вагінальне дослідження. Воно проводиться за допомогою пальців, введених у піхву, двома руками. Статеві губи розсуваються великим і вказівним пальцями лівої руки, середній і вказівний пальці правої руки вводяться в піхву, оцінюється чутливість, ширина входу в піхву, еластичність її стінок, стан слизової оболонки, наявність пухлин, перегородок.

Далі оглядають піхвову частину шийки матки, визначають її форму, розмір, форму зовнішнього вічка, наявність рубців, розривів після пологів, пухлин.

Вагінальне та абдомінальне обстеження.

Потім проводиться дворучне (бімануальне) комбіноване вагінально-абдомінальне обстеження. Це основне гінекологічне обстеження, оскільки дає змогу оцінити положення, розміри, форму матки, визначити стан придатків, тазової очеревини і тканин

Під час бімануального дослідження тканини й органи пальпують не кінчиками пальців, а, за можливості, всією поверхнею пальців.

Бімануальне обстеження є продовженням вагінального обстеження. При цьому одна рука (внутрішня) перебуває в піхві, а інша (зовнішня) - над маткою. Дослідження починається з матки. У нормі матка розташована по середній лінії таза, на однаковій відстані від лобкового симфізу і крижів. Матка дорослої жінки має грушоподібну форму, сплюснена в передньо-задньому напрямку, її поверхня гладка. Під час огляду матка безболісна, рухлива в усіх напрямках, консистенція її зазвичай еластична.

Після огляду матки пальпуються придатки (яєчники і фаллопієві труби). У нормі вони не пальпуються. Труби, зв'язки, клітковина в нормі не визначаються. Ректально-абдомінальне дослідження.

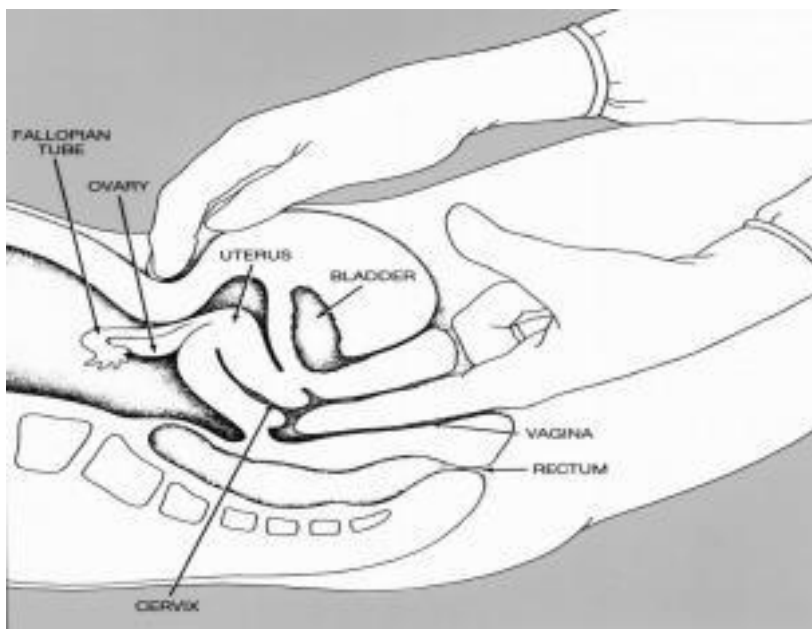
Якщо дослідження через піхву неможливе (у дівчаток, за атрезії піхви, пухлин), проводять комбіноване ректальне дослідження.

Дослідження проводиться на гінекологічному кріслі в стерильній гумовій рукавичці, змащеній вазеліном. Попередньо має бути призначена очисна клізма.

Комбіноване ректально-вагінально абдомінальне дослідження проводять у разі підозри на наявність патологічних процесів у стінці піхви або прямої кишки. Для цього вказівний палець вводять у піхву, середній палець правої руки - у пряму кишку, а лівою рукою пальпують органи малого таза через черевну стінку. У цей час усі жінки проходять обстеження для виключення раку прямої кишки. Додаткові методи дослідження використовуються для уточнення діагнозу гінекологічних хворих, особливо жінок, які проходять профілактичні огляди.

Етапи бімануального піхвового дослідження

- 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) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;

9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці

привести до долоні, великий палець відвести до верху;

10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах; 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);

12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);

13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;

14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;

15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:

- положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
- розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
- консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
- рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
- чутливість при пальпації (болісна, безболісна);

16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність; 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;

18) визначити ємкість піхвових склепінь;

19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;

20) подякувати пацієнтці;

21) зняти оглядові рукавички;

22) вимити руки.

ТЕМА

«ВИМІРЮВАННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ РОЗМІРІВ ЖІНОЧОГО ТАЗУ»

Мета: систематизувати та поглибити знання за темою про вимірювання та оцінювання розмірів жіночого тазу (зовнішньої та внутрішньої пельвіометрії), уявляти собі їх важливість для виношування вагітності та прогнозу перебігу пологів у жінки та стану здоров'я немовлят, залучити до аналітичної діяльності та до самостійного рішення клінічних задач здобувачів вищої освіти, перевірити рівень засвоєння знань.

Основні поняття:

- зовнішня пельвіометрія
- внутрішня пельвіометрія
- нормальні розміри великого та малого жіночого тазу
- площини малого тазу
- додаткові розміри жіночого тазу методи вимірювання істинної кон'югати

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

Основними завданнями практичного заняття є: розвиток пізнавальної активності та самостійності, уміння творчо застосовувати матеріал лекцій; поглиблення і закріплення знань, отриманих в процесі вивчення теми, сприяння розвитку творчого мислення, вміння логічно висловлювати й аргументувати свої думки, слухати один одного, продуктивно критикувати.

Здобувачам вищої освіти за темою заняття необхідно знати алгоритм проведення пельвіометрії (зовнішня, внутрішня), нормальні розміри великого та малого жіночого тазу, площини малого тазу, додаткові розміри жіночого тазу, методи вимірювання істинної кон'югати, їх значення для прогнозу пологів у жінки.

Жіночий таз з акушерських міркувань розділяють на 2 відділи – великий і малий таз. Межа між ними проходить по безіменній лінії (linea innominata). Великий таз обмежений з боків крилами клубових кісток, ззаду хребтом, спереду стінки не має.

Малий таз утворюється спереду гілками лобкових кісток і симфізом, з боків - частинами кісток, що складають кульшову западину, тілами та буграми сідничних кісток, ззаду - крижовою кісткою та куприком.

В практиці акушера-гінеколога дуже важливе значення має правильне проведення вимірювання та оцінювання розмірів великого та малого жіночого тазу (зовнішня та внутрішня пельвіометрія), додаткових розмірів жіночого тазу, вимірювання істинної кон'югати, тому що від правильного оцінювання цих даних в значній мірі залежать уявлення про передлежання,

біомеханізм пологів, перебіг пологів, клінічне співвідношення плода і таза, стан здоров'я жінки та дитини в післяпологовому періоді та довгостроковий прогноз їх стану здоров'я.

2. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування за основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти 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
- відповідальність та послідовність в роботі
- толерантне відношення до вагітної жінки
- відповідальність за правильність професійних дій

Перелік дидактичних одиниць:

- зовнішня пельвіометрія
- внутрішня пельвіометрія
- нормальні розміри великого та малого жіночого тазу
- площини малого тазу
- додаткові розміри жіночого тазу
- методи вимірювання істинної кон'югати

3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- проведення зовнішньої пельвіометрії
- проведення внутрішньої пельвіометрії
- знання нормальних розмірів великого та малого жіночого тазу
- площини малого тазу
- вимірювання додаткових розмірів жіночого тазу
- методи вимірювання істинної кон'югати

Типові завдання:

1. Чому дорівнює величина справжньої (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова), якщо зовнішня кон'югата дорівнює 20 см, а окружність лучезап'ястного суглоба – 14 см?

Відповідь: . Величина справжньої (акушерської) кон'югати дорівнює 11 см.

2. Чому дорівнює величина справжньої (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова), якщо зовнішня кон'югата дорівнює 20 см, а

окружність лучезап'ястного суглоба – 12,5 см?

Відповідь: Величина істинної (акушерської) кон'югати дорівнює 12 см.

Тестові завдання:

1. Назвіть утворення, між якими визначається діагональна кон'югата :

- A. Середина нижнього краю симфізу і верхівка куприка.
- B. Середина верхне-наружного краю симфізу і надкрижової ямки.
- C. Нижній край лобкового симфізу і мис крижової кістки.
- D. Середина верхне-наружного краю симфізу і верхівка куприка.
- E. Середина нижнього краю симфізу і надкрижової ямки.

2. Одна з площин таза обмежена позаду місцем з'єднання 2 і 3 крижових хребців, попереду – серединою внутрішньої поверхні лобкового симфізу, з боків - серединою вертлюгових западин.

Назвіть дану площину:

- A. Площина входу в малий таз.
- B. Площина широкої частини порожнини малого таза.
- C. Площина вузької частини порожнини малого таза.
- D. Площина виходу малого таза.
- E. Провідна вісь таза.

3. Одна з площин таза обмежена позаду верхівкою куприкової кістки, попереду – нижнім краєм лобкової дуги, з боків – сідничними буграми.

Назвіть дану площину:

- A. Площина входу в малий таз.
- B. Площина широкої частини порожнини малого таза.
- C. Площина вузької частини порожнини малого таза.
- D. Площина виходу малого таза.
- E. Провідна вісь таза.

4. Одна з площин таза обмежена позаду крижовим мисом, попереду – гребенями клубових кісток і верхнім краєм лобкового симфізу, з боків – *lin. terminalis*.

Назвіть дану площину:

- A. Площина входу в малий таз.
- B. Площина широкої частини порожнини малого таза.
- C. Площина вузької частини порожнини малого таза.
- D. Площина виходу малого таза.
- E. Провідна вісь таза.

5. Одна з площин таза обмежена позаду крижово-куприковим сполученням, попереду – нижнім краєм лобкового симфізу, з боків – остями сідничних кісток.

Назвіть дану площину:

- A. Площина входу в малий таз.

- B. Площина широкої частини порожнини малого таза.
 C. Площина вузької частини порожнини малого таза.
 D. Площина виходу малого таза.
 E. Провідна вісь таза.
6. Що таке індекс Соловйова?
 A. Обвід променевого-зап'ясткового суглоба
 B. Площина входу в малий таз.
 C. Провідна вісь таза.
 D. Діагональна кон'югата
 E. Бокова кон'югата
7. Розміри ромба Міхаєліса в нормі дорівнюють:
 A. 12 x 12 см
 B. 10x12 см
 C. 11 x 10 см
 D. 14x14 см
 E. 8 x 9 см
8. Які в нормі розміри зовнішньої кон'югати (conjugata externa)?
 A. 20-21 см.
 B. 17-18 см.
 C. 25-26 см.
 D. 30-31 см.
 E. 23-24 см.

1-C, 2-B, 3-D, 4-A, 5- C, 6-A, 7-C, 8 - A

4. Обговорення теоретичних питань (може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти)

Проведення зовнішньої пельвіометрії

Методика виконання:

Підготовка пацієнтки для обстеження: пояснити пацієнтці необхідність проведення маніпуляції; отримати дозвіл на проведення маніпуляції.

Підготувати все необхідне для обстеження: тазомер, сантиметрова стрічка.

Провести зовнішню пельвіометрію:

- укласти пацієнтку на кушетку на спину, ноги витягнуті і зведені разом;
- розташувати гудзики гілок тазоміру на обох передньо-верхніх остях клубових кісток ($D.spinarum = 25-26$ см);
- перекласти гудзики обох гілок тазоміру на найбільш віддалені точки гребенів клубових кісток ($D.cristarum = 28 - 29$ см);
- встановити тазомір на великих вертлюгах стегнових кісток

(D.trohanterica = 31 - 32 см);

- укласти пацієнтку на лівий бік із зігнутою в колінному суглобі лівою ногою;
- виміряти відстань від найбільш виступаючої точки симфізу та ямкою на спині між остистим відростком V поперекового і I крижового хребців (надкрижова ямка) (C. externa = 20 - 21 см);
- виміряти окружність променевого-зап'ясткового суглоба сантиметровою стрічкою (індекс Соловйова).

Проведення внутрішньої пельвіометрії:

- укласти пацієнтку на гінекологічне крісло;
- одягнути стерильні рукавички;
- обробити зовнішні статеві органи 0,5% спиртовим розчином хлоргексидину;
 - двома пальцями лівої руки розвести великі статеві губи, ввести досліджуючі другий і третій пальці правої руки в піхву, зафіксувати пальцем місце на руці, де прилягав нижній край симфізу і виміряти тазоміром чи сантиметровою стрічкою відстань між ним і кінчиком пальця, що досягнув promontorium (C. diagonalis $\geq$ 12,5 - 13 см);
 - зняти рукавички, занурити в дезрозчин.
 - обчислити величину істинної кон'югати $C.vera = C. externa - 9 \text{ см.}$
 $C.vera = C. diagonalis - 1.5-2 \text{ см}$

Основні розміри таза

1) Поперечні розміри:

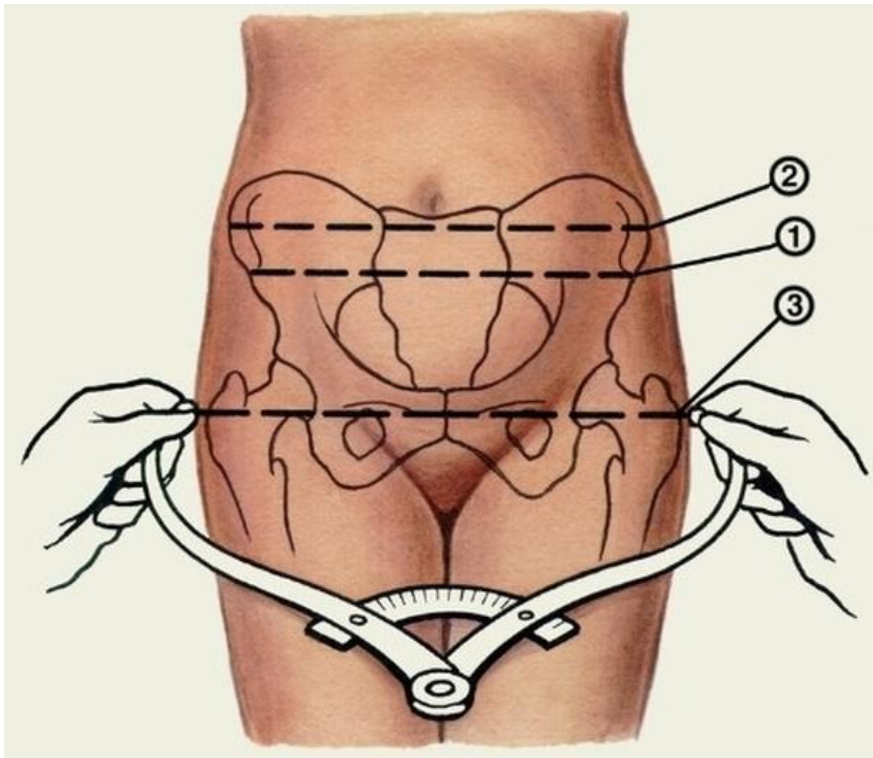
2) Distantia spinarum — відстань між передньо-верхніми остями клубових кісток - 25-26 см;

3) Distantia cristarum — відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток - 28-29 см.

4) Distantia trochanterica — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток - 30-31 см.

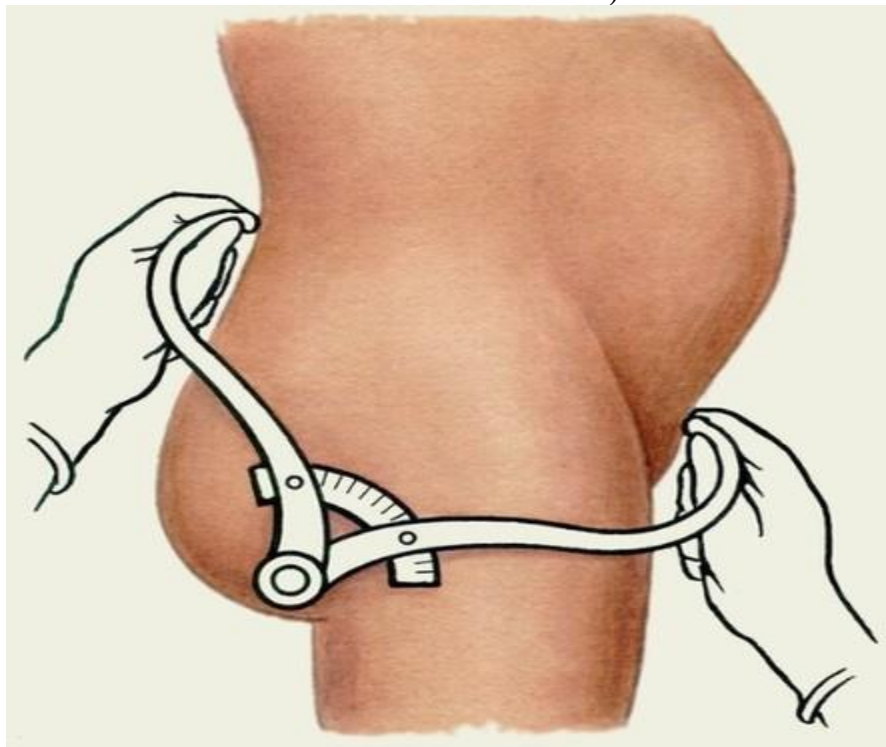
5) Прямий розмір:

6) Conjugata externa (зовнішня кон'югата) — відстань від середини верхньо-зовнішнього краю симфізу до надкрижової ямки - 20 см. Жінку вкладають на бік; ногу, що лежить знизу, згинають у тазо-стегновому та колінному суглобах, другу витягують. Один кінець тазоміру встановлюють на середину верхньо-зовнішнього краю симфізу, другий кінець - притискають до надкрижової ямки, яка міститься між остистими відростками п'ятого поперекового хребця і першого крижового ребців.



7) Мал. Вимірювання поперечних розмірів таза:

8) 1 - *distantia spinarum* (25-26 см), 2 - *distantia cristarum* (28-29 см), 3 - *distantia trochanterica* 30-31 см).



9)

10) Мал. Вимірювання прямого розміру таза - *conjugata externa* (зовнішня кон'югата) 20-21 см.

11) **Додаткові розміри таза**

12) 1) Бокові кон'югати (Кернера) — розмір від передньоверхньої (*spina iliaca superioris*) до задньоверхньої ості (*spina iliaca posterioris*) клубової кістки. У нормі він становить 14,5-15 см, при вузькому тазі зменшується до 13,5 см і

більше. Важлива не стільки абсолютна величина, скільки рівність показників з одного та іншого боку. Якщо показники відрізняються більше, як на 1 см, це свідчить про асиметрію таза.

13)

14) 2) Косі кон'югати — це відстань між правою передньоверхньою остю і задньоверхньою остю таза з лівого боку, і навпаки. У нормі ці розміри однакові і дорівнюють 20—21 см. Різниця між показниками понад 1 см свідчить про асиметричний таз.

15)

16) 3) Висота лобкового симфізу – вимірюють між його верхнім і нижнім краями. У нормі вона дорівнює 5-6 см. Що вищий лобковий симфіз, то менша справжня кон'югата;

17) Величина лобкового кута становить 90-100°.

4) Відстань між сідничним горбом і лобковим симфізом. Якщо вона дорівнює 11,5 см і більше, то слід чекати затяжних пологів;

5) Обвід таза вимірюють сантиметровою стрічкою в положенні лежачи на спині, підводячи її під крижі, через крила кульшових кісток і передню поверхню лобкового симфізу. У нормі становить 85 см. Зменшення цього розміру вказує на звуження таза;

6) Прямий розмір площини виходу з таза — від верхівки куприка до нижнього краю симфізу; він дорівнює 9,5 см. При проходженні плода через малий таз куприк відходить дозад на 1,5—2 см і прямий розмір збільшується до 11- 11,5 см.

7) Поперечний розмір площини виходу з таза — між внутрішніми поверхнями сідничних горбів. Під час вимірювання отримують 9,5 см, додають 1-1,5 см на товщину тканин. В нормі дорівнює 11 см.

8) Ромб Міхаеліса обмежений чотирма точками:

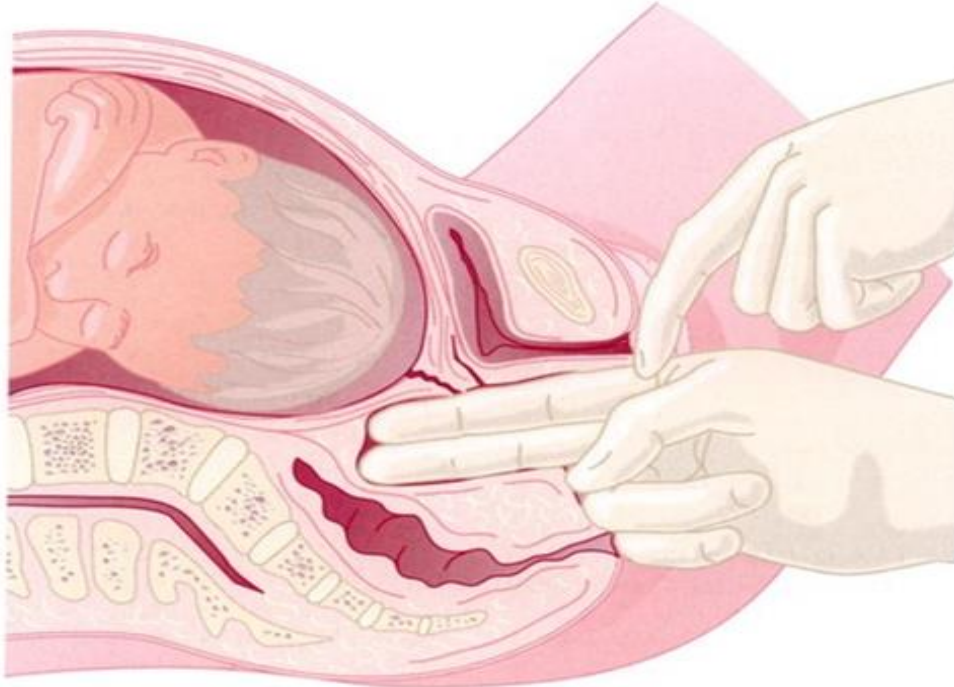
вгорі — надкрижова ямка (ямка під остистим відростком V крижового хребця), внизу — верхівка куприка (початок сідничої складки), з боків — западини розміщені над задньо-верхніми остями крил клубових кісток.

При нормальних будові і розмірах таза ромб має правильну форму. Вертикальний розмір становить 11 см (що відповідає розміру справжньої кон'югати в нормі), поперечний — 9-10 см.

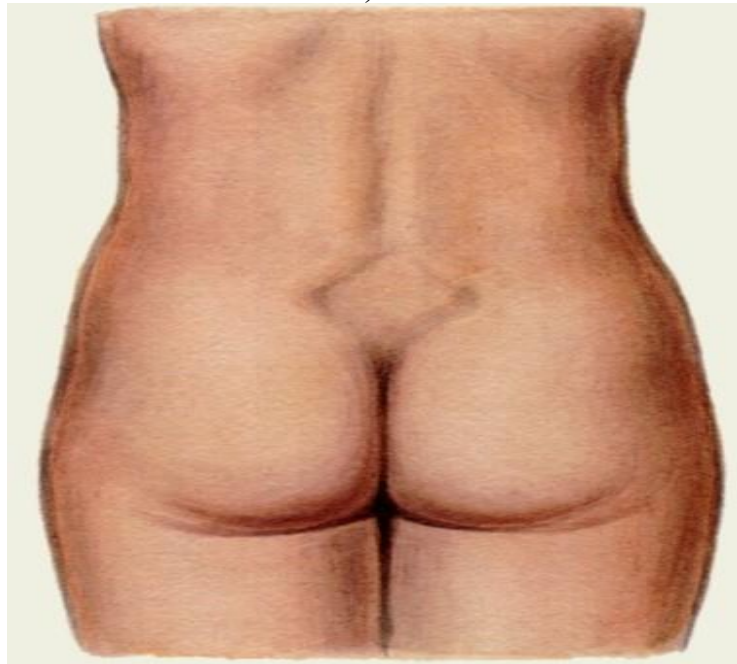
Вертикальний розмір ромба Міхаеліса приблизно дорівнює справжній кон'югаті (кон'югата Трідондані), висота верхнього трикутника — 3-3,5 см.

9) Діагональна кон'югата - відстань від нижнього краю лобкового симфізу до крижового мису. В нормі 12,5-13 см. Вимірюється під час вагінального дослідження. Якщо мис не досягається, то вважають, що діагональна кон'югата нормальна. При введенні в вагіну вказівний та середній пальці рухаються крижовою западиною до мису крижів, кінчик середнього пальця

фіксується на його верхівці, а ребро долоні впирається у нижній край симфізу. Місце, де рука лікаря торкається нижнього краю симфізу, відзначають пальцем другої руки. Після того як пальці вийняті із піхви, тазоміром або сантиметровою стрічкою вимірюють відстань від верхівки середнього пальця до відзначеної точки зіткнення ребра долоні з нижнім краєм симфізу.



18) Мал. Вимірювання діагональної кон'югати.
19)



20) Мал. Огляд ділянки ромба Міхаєліса. В нормі ромб симетричний, правильної форми, веритикальний розмір в нормі становить приблизно 11 см, поперечний розмір - 10 см.

Таблиця. Площини і розміри малого таза

Площина таза	Розмір, см		
	Прямий	Поперечний	Косий
Площина входу в м. таз	11	13	12
Широка площина м. таза	12,5	12,5	13 (умовно)
Вузька площина м. таза	11	10,5	–
Площина виходу з м. таза	9,5-11,5	11	–

Істинна кон'югата.

Істинна кон'югата - основний розмір жіночого таза. Величина її приймається до уваги при виборі способу пологорозрішення.

Істинна кон'югата (акушерська кон'югата, *conjugata vera*) - прямий розмір площини входу в малий таз. Проходить між крижовим мисом та найбільш виступаючою точкою внутрішньої поверхні лобкового симфізу. В нормі - 11 см.

Діагональна кон'югата - відстань від нижнього краю лобкового симфізу до крижового мису. В нормі 12,5-13 см.

Зовнішня кон'югата - відстань від надкрижової ямки до верхнього краю лобкового симфізу. В нормі 20-21 см. Індекс Солов'єва - обвід променево-зап'ясткового суглоба.

Методи визначення істинної кон'югати

1 спосіб. За величиною зовнішньої кон'югати.

Від зовнішньої кон'югати віднімають або 8 см, або 9 см, або 10 см залежно від величини індексу Солов'єва.

- якщо індекс Солов'єва менше 14 см, слід відняти 8 см від зовнішньої кон'югати
- якщо індекс Солов'єва від 14 до 16 см, слід відняти 9 см від зовнішньої кон'югати
- якщо індекс Солов'єва більше 16 см, слід відняти 10 см від зовнішньої кон'югати.

2 спосіб. За величиною діагональної кон'югати.

Від діагональної кон'югати віднімають або 1,5 см, або 2 см залежно від величини індексу Солов'єва.

- якщо індекс Солов'єва менше 14 см, слід відняти 1,5 см від діагональної кон'югати
- якщо індекс Солов'єва від 14 до 16 см, слід відняти 1,5 см від діагональної кон'югати
- якщо індекс Солов'єва більше 16 см, слід відняти 2 см від діагональної кон'югати.

Теми доповідей, рефератів (при підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду здобувачи вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, кодограмм, слайдів, малюнків, схем тощо).

1. Техніка проведення зовнішньої та внутрішньої пельвіометрії у вагітних жінок в умовах стимуляційного тренінгу.
2. Алгоритм проведення вимірювання додаткових розмірів таза, визначення випадків, коли це необхідно.
3. Площини та розміри малого таза.
4. Визначення істинної кон'югати декількома засобами- за величиною діагональної кон'югати, за величиною зовнішньої кон'югати, за ромбом Міхаеліса (його вертикального розміру - кон'югата Тридондані).

ТЕМА
**«ЗОВНІШНЄ АКУШЕРСЬКЕ ОБСТЕЖЕННЯ,
ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНЮВАННЯ ТОПОГРАФІЇ
ПЛОДА В МАТЦІ. АУСКУЛЬТАЦІЯ ПЛОДА. КТГ»**

Мета

Систематизувати та поглибити знання за темою про методику зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда), знати визначення розташування плоду в матці (положення, позиція, вид, передлежання та розташування передлеглої частини плода стосовно входу в малий таз), розрахунок передбачуваної маси плода, кардіотокографія плода, уявляти собі їх важливість для виношування вагітності та прогнозу перебігу пологів у жінки та стану здоров'я немовлят, залучити до аналітичної діяльності та до самостійного рішення клінічних задач здобувачів вищої освіти, перевірити рівень засвоєння знань.

Основними завданнями практичного заняття є: розвиток пізнавальної активності та самостійності, уміння творчо застосовувати матеріал лекцій; поглиблення і закріплення знань, отриманих в процесі вивчення теми, сприяння розвитку творчого мислення, вміння висловлювати й аргументувати свої думки, слухати один одного, продуктивно критикувати.

Здобувачам вищої освіти за темою заняття необхідно знати методику зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда), знати визначення розташування плоду в матці (положення, позиція, вид, передлежання та розташування передлеглої частини плода стосовно входу в малий таз), розрахунок передбачуваної маси плода (вимірювання обводу живота і висоти стояння дна матки), визначення розташування точки для проведення аускультатії серцебиття плода, що таке кардіотокографія (КТГ), критерії оцінки результатів кардіотокографії плода (варіант норми, виразна тахікардія, виразна брадікардія, монотонний ритм, пізні децелерації).

Основні поняття та питання:

- прийоми Леопольда (методика зовнішнього акушерського обстеження);
- положення, позиція, вид, передлежання та розташування передлеглої частини плода стосовно входу в малий таз;
- вимірювання обводу живота і висоти стояння дна матки (розрахунок передбачуваної маси плода);
- визначення розташування точки для проведення аускультатії серцебиття плода;
- поняття кардіотокографії (КТГ);
- критерії оцінки результатів кардіотокографії плода (варіант норми, виразна тахікардія, виразна брадікардія, монотонний ритм, пізні децелерації).

2. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення

теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

В практиці акушера-гінеколога дуже важливе значення має правильне проведення методики зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда), визначення розташування плоду в матці (положення, позиція, вид, передлежання та розташування передлеглої частини плода стосовно входу в малий таз), розрахунок передбачуваної маси плода, визначення розташування точки для проведення аускультатії серцебиття плода, правильне і своєчасне проведення кардіотокографії (КТГ), знання критеріїв оцінки результатів кардіотокографії плода (варіант норми, виразна тахікардія, виразна брадікардія, монотонний ритм, пізні децелерації), тому що від сукупного та правильного оцінювання цих даних в значній мірі залежать уявлення про передлежання плода, прогноз перебігу вагітності та пологів, біомеханізм пологів, профілактика анатомічного та клінічного відношення розмірів головки плода і розмірам таза, стан здоров'я жінки та дитини в післяпологовому періоді та подальших періодах їх життя.

3. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів 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
- відповідальність та послідовність в роботі
- толерантне відношення до вагітної жінки
- відповідальність за правильність професійних дій

Тестові завдання:

1. При зовнішньому акушерському обстеженні вагітної в терміні 30 тижнів встановлено: над входом в малий таз визначається округла, помірної щільності балотуюча частина плода. Спинка плода зліва.

Яка позиція та яке передлежання за акушерською термінологією?

- A. II позиція, головне передлежання
- B. I позиція, сідничне передлежання
- C. II позиція, сідничне передлежання
- D. Поперечне положення
- E. I позиція, головне передлежання

2. У вагітної А., 23 років, серцебиття плода - 140 уд/хв., вислуховується праворуч нижче пупка і ближче до середньої лінії живота. Визначити

позицію, вид та передлежання плода:

- A. I позиція, передній вид, головне передлежання
- B. II позиція, передній вид, головне передлежання
- C. I позиція, задній вид, тазове передлежання
- D. II позиція, задній вид, головне передлежання
- E. I позиція, передній вид, тазове передлежання

3. При обстеженні вагітної встановлено, що спинка плода розташована з лівого боку матки, над входом в малий таз пальпується щільна, тверда, балотуюча частина плоду. Визначте положення, позицію та передлежання плода:

- A. Повздожне положення, перша позиція, головне передлежання
- B. Повздожне положення, друга позиція, головне передлежання
- C. Повздожне положення, перша позиція, тазове передлежання
- D. Поперечне положення, друга позиція
- E. Повздожне положення, друга позиція, тазове передлежання

4. При зовнішньому акушерському обстеженні встановлено: форма матки витягнена у поперечному напрямку, строк вагітності 38 тижнів, праворуч в боковій стороні матки пальпується голівка, зліва - тазовий кінець плода, над входом в малий таз передлежача частина відсутня.. Серцебиття плода чітко прослуховується на рівні пупка. Яке положення та позиція плода.?

- A. Поперечне положення, I позиція.
- B. Повздожне положення, II позиція, головне передлежання
- C. Поперечне положення, II позиція.
- D. Навкісне положення, II позиція.

5. При обстеженні вагітної встановлено, що спинка плоду розташована з правого боку матки, над входом до малого тазу пальпується м'яка, "нечітких" контурів частина плоду. Визначте положення, позицію та передлежання плоду:

- A. Повздожне положення, перша позиція, тазове передлежання
- B. Повздожне положення, друга позиція, головне передлежання
- C. Повздожне положення, друга позиція, тазове передлежання
- D. Повздожне положення, перша позиція, головне передлежання
- E. Поперечне положення плоду, друга позиція

6. Вагітність 37-38 тижнів, повздожне положення плода, голівка плода протиснута до входу в малий таз. Обхват живота 100 см. Висота дна матки 36 см. Яка орієнтовна вага плода?

- A. 3600 г
- B. 4300 кг
- C. 2200 г
- D. 3100гр
- E. 4200 г

7. Скільки існує прийомів Леопольда?

- A. 5
- B. 4
- C. 6
- D. 2
- C. 3

8. Яким прийомом Леопольда визначається положення, позиція, вид та членорозташування плоду?

- A. Першим
- B. Другим
- C. Четвертим.
- D. П'ятим

9. Який прийом Леопольда визначає характер передлеглої частини плода (передлежання плода)?

- A. Перший.
- B. Другий.
- C. Третій
- D. Четвертий

Відповіді: 1 – Е, 2 – В, 3 – А, 4 – С, 5 – С, 6 – А, 7 – В, 8 – В, 9-С

4. Обговорення теоретичних питань (може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти)

Теоретичні питання

Топографія плода в матці

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

Членорозташування (habitus) – відношення кінцівок і голівки плода до його тулуба. При згинальному нормальному членорозташуванні тулуб плода, його 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 до осі (дліннику матки) . Вісь плода - лінія, що проходить по спинці від портилиці до куприка.

Варіанти положення плода:

- **повздожнє положення** - це вісь плода збігається з повздожньою віссю матки;
- **поперечне положення** - це вісь плода і вісь матки перетинаються під прямим кутом, обидві великі частини плода розташовані над *crista iliaca*;

- **косе положення** - вісь плода і вісь матки перехрещуються під гострим кутом, при цьому голівка або тазовий кінець плод розташовані в одній з здухвинних ділянок, тобто нижче гребеня клубової кістки.

Позиція плода (positio) – відношення спинки плода до лівої(перша позиція) або правої (друга позиція) сторони матки при повздовжньому положенні плода. При поперечному або косому положенні плода позицію відзначають по відношенню голівки плода до правої або лівої сторони матки: перша позиція - голівка у лівій стінки матки, друга –у правої.

Вид позиції плода (visus) – відношення спинки плода до передньої та задньої стінки матки :

1. передній від - спинка плода звернена трохи допереду;
2. задній вид - спинка плода звернена трохи дозад.

Передлежання плода (praesentatio) – відношення найбільш низько розташованої великої частини плода до входу малий таз , при повздовжніх положеннях має місце головне (96%) або тазове передлежання (3,5%).

Прийоми зовнішнього акушерського обстеження(прийоми Леопольда)

Перший прийом.

Мета – визначення висоти стояння дна матки та частини плода, яка знаходиться в дні матки.

Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, визначає висоту її стояння над лоном та частину плода, розташовану в дні матки.

Другий прийом.

Мета – визначення положення, позиції, виду, членорозташування плода.

Обидві долоні преміщують з дна матки по чергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних сторін матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї зі сторін матки передлежить голівка.

Третій прийом.

Мета – визначити характер передлеглої частини плода (передлежання).

Одною рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо та вліво. При головному передлежанні визначається голівка, щільна куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка не вставилась в площину входу до малого тазу, то голівка легко переміщується («балотує») між великим та рештою пальців лікаря.

При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'яковата частина, вона не кругла за формою та не здатна «балотувати».

Четвертий прийом.

Мета - визначити рівень стояння передлеглої частини (зокрема голівки) щодо площини входу в малий таз, і ступінь її

вставлення.

Лікар стає праворуч, обличчям до нижніх кінцівок вагітної, ободві руки кладе долонями вниз на бічні відділи нижнього сегмента матки і пальпує доступні ділянки передлежачої частини плода, намагаючись проникнути кінчиками пальців між передлежачою частиною і бічними відділами входу в малий таз.

Четвертим прийомом Леопольда отримують такі дані:

- **Голівка рухома над входом в малий таз** - якщо пальці рук лікаря можна підвести під голівку;
- **Голівка притиснена над входом в малий таз** – кінці пальців рук не зходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина палькується над входом в малий таз
- **Голівка малим сегментом у вході в малий таз** – потилична частина голівки виступає над входом в малий таз на два пальці, а лицева частина - повністю;
- **Голівка великим сегментом у вході в малий таз** – потилична частина голівки не пальпується над входом в малий таз, а лицева виступає на два-три пальці;
- **Голівка у порожнині малого таза** - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частина голівки плода.

Вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки

Обвід живота- вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду – через середину поперекової ділянки.

Висота стояння дна матки – вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки.

Розрахунок передбачуваної маси плода

Передбачувану масу плода орієнтовно розраховують за наступною формулою: обвід живота (в см) перемножують на висоту стояння дна матки (в см) +- 200гр.

Наприклад, обвід живота 100см, висота стояння дна матки 34 см, передбачувана маса плода 3400 +- 200гр.

Аускультация плода

Аускультация плода в акушерській практиці - це вислуховування серцебиття плода за допомогою акушерського стетоскопа або ультразвукового апарату з ефектом Доплера. Найчастіше доводиться вислуховувати серцебиття плода за допомогою акушерського стетоскопа.

Від звичайного він відрізняється тим, що має широку воронку, яку при проведенні аускультатії лікар прикладає до оголеного живота вагітної жінки.

Прослуховуватися серцебиття плода починає з 19-20 тижнів вагітності, у нормі частота серцевих скорочень дорівнює 110-170 уд. в 1 хвилину. Будь яке

відхилення від норми може говорити про наявність гіпоксії, на її початковій стадії у дитини діагностують тахікардію (вище 170 уд/хв), а при більш важкій формі – брадікардію (нижче 110 уд/хв).

Точкою прослуховування називається таке місце, де найкраще прослуховується серцебиття плода. Місцезнаходження цих точок на животі вагітної безпосередньо залежить від того, яке положення в порожнині матки займає дитина.

Під час вислуховування серцебиття плода вагітна повинна перебувати строго в положенні лежачі. За допомогою прийомів Леопольду лікар визначає рівень стояння дна матки, положення, передлежання, позицію плоду.

При поздовжньому положенні (головному передлежанні) серцебиття вислуховується з боку спини плода, в залежності від позиції плода (І позиція - зліва, II позиція - зправа) нижче пупка вагітної. При тазовому передлежанні в залежності від позиції плоду серцебиття вислуховується зправа чи зліва вище пупка вагітної. При косому або поперечному положенні вислуховування проводять з боку грудей дитини.

Кардіотокографічне дослідження плоду

Реєстрація змін числа серцевих скорочень плода одночасно із змінами скоротливої активності матки і ворухіннями плода на папері за допомогою електронної апаратури одержала назву **кардіотокографії (КТГ)**.

Мета процедури - виявлення ознак гіпоксії, відхилень у роботі серця плода. Проводиться за допомогою спеціальної апаратури, що включає в себе два датчика: перший реєструє серцебиття малюка, а другий - скорочення матки. А спочатку лікар визначає місце найкращого вислуховування серцебиття дитини за допомогою акушерського стетоскопа, а потім на це місце кладуть перший датчик, а другий в області дна матки.

За сучасними уявленнями, кардіотокограма складається з трьох елементів:

- **кардіограма** (кардіотахограма) плода - реєстрація серцевої діяльності плода за допомогою кардіодатчика (cardio transducer);
- **токограма** - реєстрація скоротливої активності матки за допомогою токодатчика (toco transducer);
- **актограма** - реєстрація ворухінь плода за допомогою токодатчика. Надалі, якщо явно не вказано інше, під кардіотокограмою (КТГ) мається на увазі сукупність всіх трьох елементів.

Структура і аналіз кардіотокограми.

I. Базальна (основна) частота серцевих скорочень (БЧСС) плода - середнє значення між миттєвими значеннями ЧСС плода без врахування акцелерації та децелерації. БЧСС лічать з інтервалом 10 хв. Нормальна БЧСС плода (нормокардія) - це частота від 110 до 170 серцевих скорочень у хвилину (2 бали). ЧСС більше 170 за 1 хв. - 1 бал, більше 180 за 1 хв. - 0 балів.

Брадикардія - ЧСС менше 110 за 1 хв. - 1 бал, менше 100 за 1 хв. - 0 балів.

II. Варіабельність БЧСС характеризує реактивність симпатичної та парасимпатичної вегетативної системи плода. Розрізняють 2 види варіабельності ЧСС: швидкі короткочасні коливання ЧСС від удару (миттєві ЧСС) та повільні хвилеподібні коливання ЧСС.

➤ Миттєва ЧСС характеризується 4 варіантами амплітуди: а) монотонна - з відхиленням від базального ритму до 5 уд/хв.

б) сплюснена - гранично хвилеподібна з відхиленням від 5 до 9 уд/хв. в) хвилеподібна - від 10 до 25 уд/хв.

г) пульсаційна - (скачує, сальтаторний ритм) понад 20 уд/хв.

➤ Частоту осциляцій оцінюють за кількістю перетинань умовної лінії базальної частоти за 1 хв: повільні (менше 3 в хвилину) середні (3-6), та високі (понад 6 у хв).

Якщо ЧСС плода понад 170 уд\хв, то вона вважається помірною до 180 уд\хв., і вираженою, якщо ЧСС понад 180 уд\хв. Якщо ЧСС понад 200 уд\хв. і відсутня варіабельність базального ритму, то ставлять діагноз надшлуночкової тахікардії у дитини

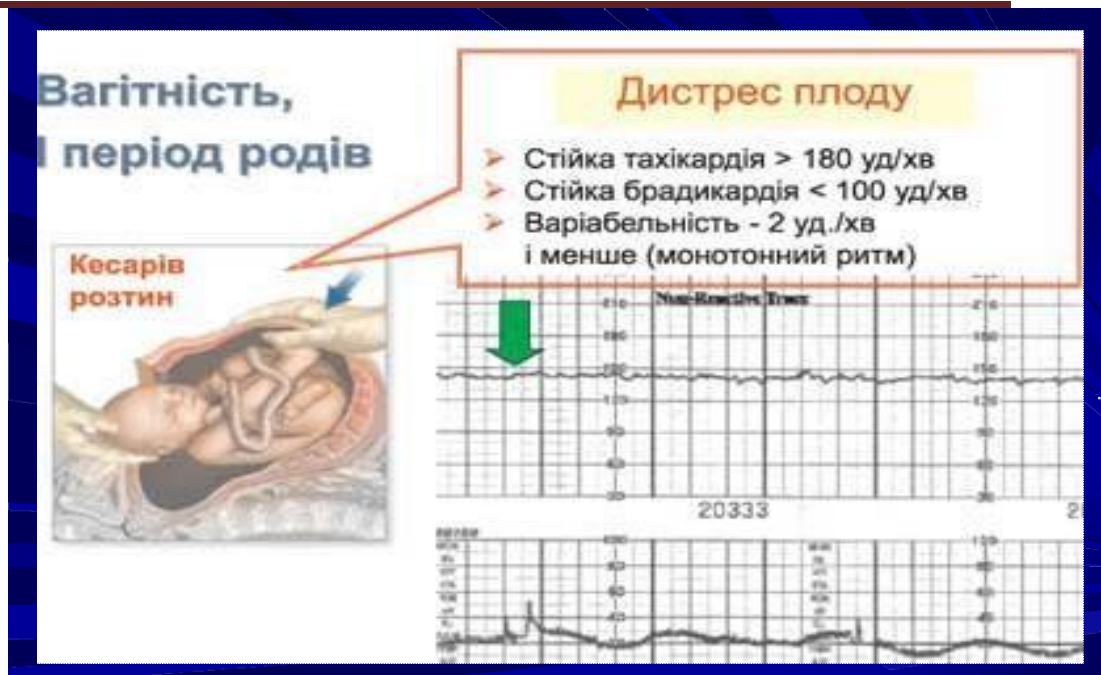
Якщо ЧСС плода менше 120 уд\хв, то це свідчить про брадікардію (помірну – 100-120 уд\хв, виражену – менш 100 уд\хв.). Причиною виникнення брадікардії може бути помірна або значна гіпоксія плода, тяжка анемія вагітної.

III. **Акцелерації** - це тимчасові зміни БЧСС - збільшення БЧСС протягом більше як 15 сек. (слабкі зміни ЧСС - 10 - 30 уд/хв., середні - 30 - 60, значні - понад 60 уд/хв). У нормі серцевий ритм повинен супроводжуватися акцелераціями, причому з частотою 2 і більше в 10 хвилин, на графіку вони відображаються у вигляді високих зубців.

IV. **Децелерації** - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються зменшенням БЧСС плода не менше 15с з амплітудою 15 уд/хв. У нормі повинні бути відсутні (крім спонтанних та незначних ранніх). Мають вигляд великих западин.

- **Спонтанні децелерації** (dip 0) - короткочасні децелерації, тривають не більше як 30 секунд, амплітуда 20 -30 від базального рівня. Практичного значення ці зміни не мають.
- **Ранні децелерації** (dip 1) - починаються відразу після початку перейм та майже дзеркально відбивають криву скорочення матки. З початком розслаблення матки починається повернення до базального ритму серцевих скорочень плода.
- **Пізні децелерації** (dip II) – починаються на висоті перейми і *повільно* повертаються до базального ритму (після закінчення маткового скорочення), зазвичай свідчать про недостатність матково-плацентарного кровотоку та вважаються найбільш несприятливими, вони можуть бути передвісником розвитку брадікардії плода

- **Варіабельні децелерації** – (dip III) - починаються під час маткового скорочення, швидко знижується частота серцевих скорочень плода, потім відзначається плато, з початком розслаблення матки *швидко* відновлюється частота (в цьому вони відрізняються від пізніх), за формою нагадують букву U. Такі децелерації обумовлені здавленням судин пуповини, що викликає вагусну відповідь на роздратування барорецепторів, і як наслідок, брадикардію. Спостерігаються приблизно у 25% пологів.
- Монотонний серцевий ритм** спостерігається при гіпоксії плода, дефектах розвитку серця у плода, важкому ураженні його центральної нервової системи.

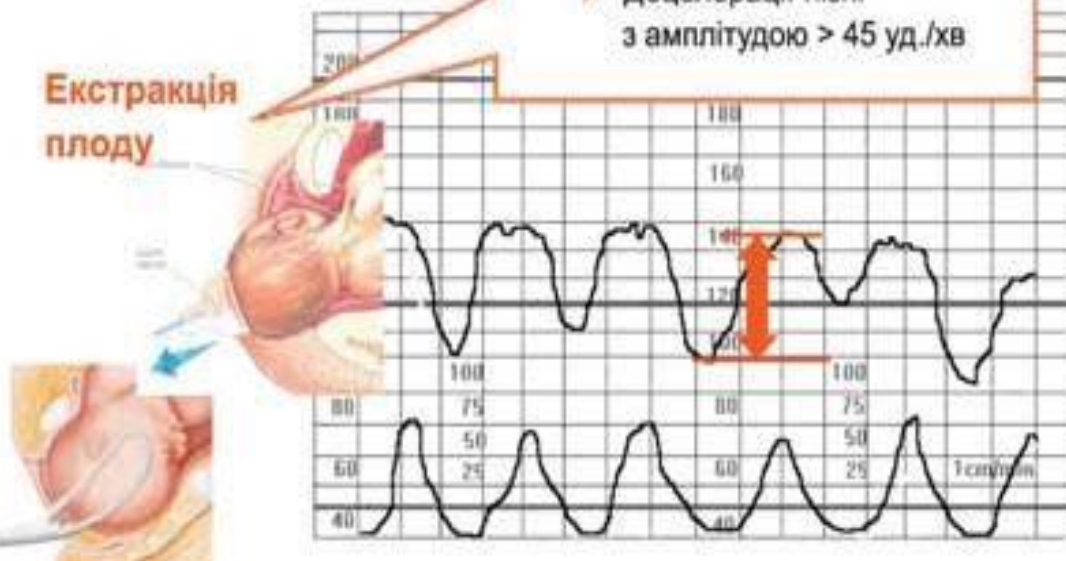


II період родів

Дистрес плоду

- Децелерації пізні з амплітудою > 45 уд./хв

Екстракція
плоду

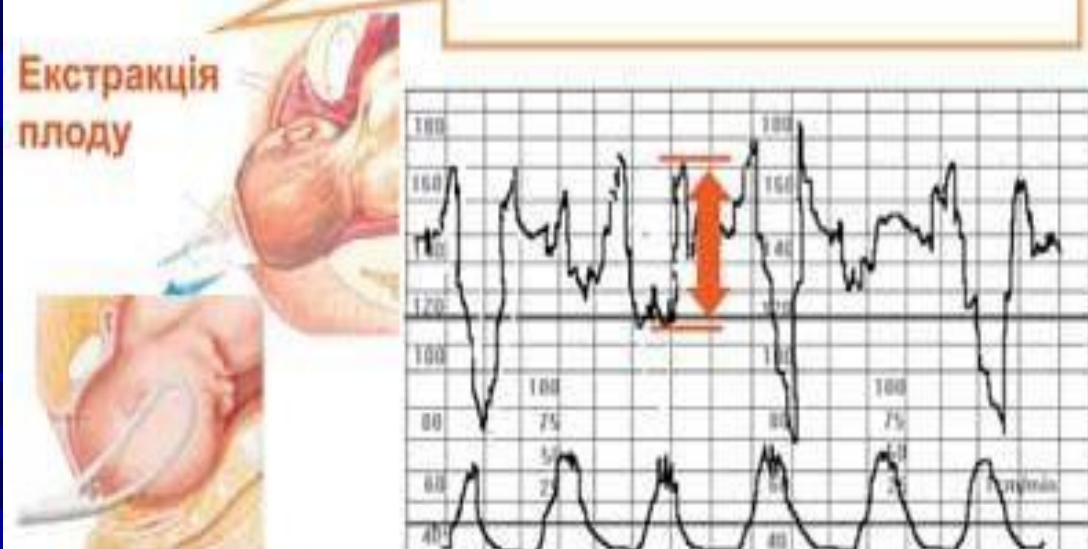


II період родів

Дистрес плоду

- Децелерації варіабельні з амплітудою > 60 уд./хв

Екстракція
плоду



ТЕМА

"НАДАННЯ РУЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГАХ"

МЕТА

Отримати базові знання про ведення фізіологічних пологів, механізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Основні поняття.

- Нормальні фізіологічні пологи.
- Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.
- Механізм пологів при передньому виді потиличного передлежання Амніотомія.
- Ручна допомога в 2 періоді пологів. Перинеотомія та епізіотомія.
- Активне введення третього періоду пологів.
- Ознаки відділення нормально розташованої плаценти .Партограма.

Питання:

1. Що таке нормальні(фізіологічні)пологи?
2. Що таке передвісники пологів?
3. Що таке регулярна пологова діяльність?
4. Що таке біомеханізм пологів?
5. Яка ведуча точка при передньому виді потиличного передлежання.?
6. Який перший момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
7. Який третій момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
8. Який четвертий момент біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання?
9. Який біомеханізм народження плечиків?
10. Які розрізняють періоди пологів?
11. Які особливості ведення II періоду пологів?
12. Чим характеризується III період пологів, його тривалість?
13. В чому полягає активна тактика ведення III періоду пологів?
14. Які механізми відшарування плаценти від стінки матки?
15. Що таке партограма?

Перелік дидактичних одиниць:

Нормальні фізіологічні пологи. Розташування плода в порожнині матки.

Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів.

Механізм пологів при передньому виді потиличного передлежання Амніотомія.

Надавати ручну допомогу в 2 періоді пологів. Перинеотомія та епізіотомія.

Активне введення третього періоду пологів.

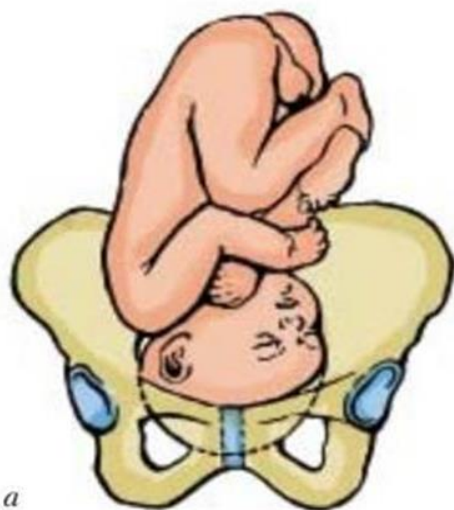
Ознаки відділення нормально розташованої плаценти . Партограма

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, онлайн-тестування, очна співбесіда тощ Питання (тестові

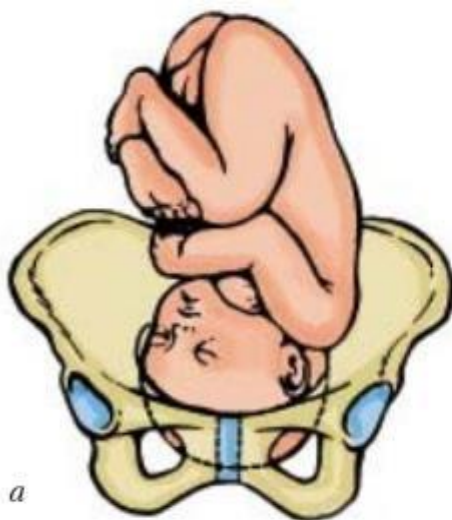
завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття

Завдання

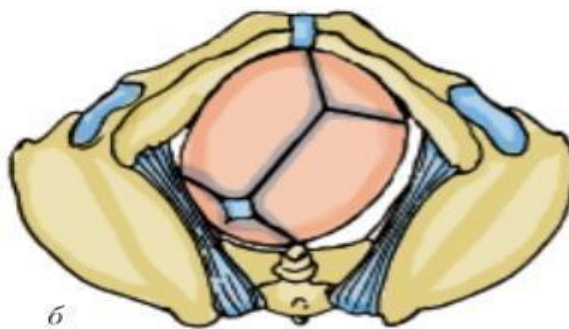
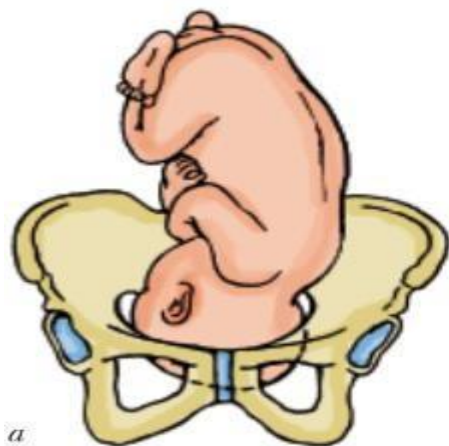
1. Визначте положення плода в матці.



1. Визначити положення плода в матці.



Визначити орієнтацію плода



3. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

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

Група здобувачі вищої освіти діляться на 2 підгрупи по 3-4 людини в кожній.

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи І:

- Визначити темп розкриття шийки матки, період та фазу пологів
- Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи ІІ:
- оцінити відповіді здобувачів вищої освіти І підгрупи та внести корективи.

Клінічна ситуація А

Першовагітна Ж., 23 років надійшла в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на перейми, що розпочались 4 години тому. Перейми тривають 20-25 секунд, повторюються кожні 4-5 хвилин. Загальний стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,7⁰С. АТ 120/80 мм рт.ст., ЧСС 80 в 1 хвилину.

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

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

Питання

1. Який діагноз ?
2. Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?

Клінічна ситуація В

Пацієнтка П., що народжує вдруге, надійшла до пологового будинку з вагітністю 38 тиж. через 5 год після початку регулярних переймів. Вагітність друга, перші пологи два роки тому перебігали нормально.

Температура 36,8 °С, АТ 120/180 мм рт. ст.

Положення плода поздовжнє, перша позиція, голівка притиснута до входу в малийтаз. Серцебиття плода 162 уд./хв.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 0,5см із товстими крями, зів відкритий на 2,5 см.

Плодовий міхур цілий. Голівка плода розташована у першій площині малого таза.

Питання

1. Діагноз.
2. Тривалість і назва першого періоду пологів.
3. Механізм згладжування та розкриття шийки матки у цієїроділлі. Характер розкриття зіва шийки матки.

4. Передні та задні навколоплідні води. Коли вилиття навколоплідних вод вважається своєчасним?
5. Яка тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно?
6. Чи відповідає темп розкриття шийки матки періоду та фазі пологів?

Правильні відповіді

Завдання 1 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, друга позиція, задній вид

(а); вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко справа дозаду (б)

Завдання 2 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, перша позиція, задній вид (а);

вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва дозаду (б)

Завдання 3 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, перша позиція, передній вид (а);

вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва допереду (б)

Завдання 4 - Поздовжнє положення, головне (потиличне) передлежання, друга позиція, передній вид (а);

вигляд з боку виходу таза — стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа допереду (б)

Клінічна ситуація А.

1. Вагітність І ,39-40 тиж. Поздовжнє положення, І позиція, передній вид головного передлежання. Пологи І, термінові, І період пологів. Латентна фаза.
2. У цієї роділлі темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів, так як за 4 години здійснилось згладжування шийки, а діаметр вічкасклав 2 см.

Клінічна ситуація В

1. Вагітність друга, 38 тиж. поздовжнє положення плода, головне передлежання. пологи другі, своєчасні, перший період пологів, латентна фаза.
2. Перший період пологів має назву періоду розкриття шийки матки. розпочинається він із моменту появи регулярних переймів і закінчується повним розкриттям шийки матки. активна фаза першого періоду пологів характеризується просуванням передлеглої частини. для фізіологічних пологів притаманна синхронність розкриття шийки та просування передлеглої частини.
3. Механізм згладжування та розкриття шийки матки у жінок, що народжують повторно, такий: під час переймів згладжування шийки та розкриття її здійснюються одночасно.
4. Під час пологів голівка плода опускається у пологовий канал, з усіх сторін торкається нижнього сегмента матки і притискає його до входу в малий таз, таким чином утворюючи пояс змикання. цей пояс поділяє навколоплідні води на передні та задні. вилиття навколоплідних вод вважають своєчасним, якщо

розрив плодового міхура стався під час активної фази першого періоду пологів.

5. Середня тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно, дорівнює 7–9 год.

6. Темп розкриття шийки матки відповідає латентній фазі першого періоду пологів.

3.2. Навчальні матеріали, рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

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

1. Передвісники пологів:

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

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

Визначення початку пологів.

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

Регулярна пологова діяльність - наявність 1-2 або більше скорочень матки протягом

10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд, що приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

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

1. консистенція шийки матки,
2. довжина її піхвової частини,
3. прохідність каналу шийки матки,
4. положення шийки стосовно провідної осі таза,
5. стан зовнішнього вічка,
6. місце знаходження передлеглої частини плода.

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

Ознака	Ступінь «зрілості»		
	0 балів	1 бал	2 бали
Положення	Дозаду	Допереду	Серединне
Довжина шийки	>2	1-2	<1
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Стан зовнішнього вічка (см)	Закритий	Відкритий на 1см	Відкритий на >2см
Місце знаходження передлеглої	Рухома над входом в малий таз	Притиснена до входу у малий таз	Притиснена або фіксована у вході в малий таз

0-2 бала - шийка «незріла»

3-5 балів - шийка «недостатньо зріла»

> 6 балів - шийка «зріла»

Фізіологія пологів.

Пологи ділять на три періоди:

- **Перший період** -розкриття шийки матки.
- **Другий** - зганяння плода.
- **Третій** - послідовий.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази.

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

- **Активна фаза** - розкриття шийки матки від 3-4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах.

Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази:

Прискорення- у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих - до 1 години

2. максимального підйому - триває стільки ж годин відповідно

уповільнення-у першонароджуючих продовжується 1-2 години, у повторнонароджуючих - 0,5-1 годину.

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

розкриття шийки матки.

Регулярна пологова діяльність - це така скоротлива діяльність (2-5 перейм за 10 хвилин), яка приводить до структурних змін шийки матки - її згладжування та розкриття.

Маткову активність визначають за допомогою пальпації матки протягом 10 хвилин. Наявність 2 або більше скорочень матки протягом 10 хвилин, тривалістю 20 або більше секунд є ознакою пологової діяльності.

Висновок про ефективність перейм ґрунтується на їх силі, тривалості та частоті, на розкритті шийки матки в динаміці та ознаках просування голівки відносно площини входу в малий таз.

В активній фазі першого періоду пологів ефективна скоротлива активність матки має відповідати наступним характеристикам: 3-4 перейми за 10 хвилин, тривалістю більш ніж 40 секунд.

Але найбільш об'єктивним критерієм ефективності пологової діяльності в I періоді є розкриття шийки матки.

Другий період (період вигнання) триває від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини.

Важливо відрізнити ранню фазу другого періоду - від повного розкриття до початку потуг, та активну - безпосередньо фазу потуг.

Важливими поняттями другого періоду пологів є:

- **перейми** – ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;
- **врізування голівки** - поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;
- **прорізування голівки** — голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Максимально припустима тривалість другого періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година без застосування епідуральної анестезії, та 3 й 2 години з епідуральною анестезією.

Більшість цього часу складає саме рання фаза, коли голівка поступово просувається по пологовому каналу до тазового дна спочатку без приєднання потуг, а потім з поступовою появою та посиленням потужного компонента під час перейми.

Під час ранньої фази другого періоду не слід примушувати жінку натужуватися. Організація потуг під час ранньої фази за наявності нормального стану плода та матері зазвичай швидко призводить до втоми жінки, порушення процесу

внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів та голівки плода, порушення серцевої діяльності плода та зайвим медичним втручанням.

Повноцінна (спонтанна та активна) потужна діяльність з'являється лише коли голівка знаходиться на тазовому дні (активна фаза).

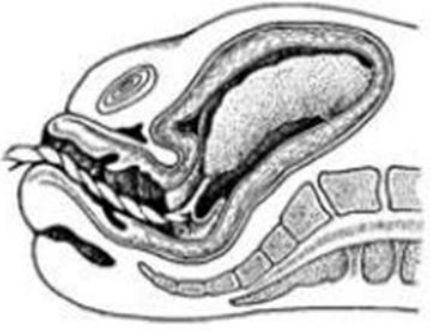
Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками.

За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 30

ХВИЛИН.

Механізми відшарування нормально розташованої плаценти.

1. Відокремлення плаценти з центру, з формуванням ретроплацентарної гематоми та народженням плодовою поверхнею назовні називається механізмом по Шультце
2. Якщо плацента відшаровується не з центру, а з краю, такий механізм відшарування називається по Дункану

Центральне відділення плаценти (варіант Шультце): ретроплацентарна гематома	Відділення плаценти з краю (варіант Дункана)
	

Цілість посліду, що народився визначають візуально. Крововтрата у послідовому періоді, що становить 0,5% маси роділлі, але не перевищує 500 мл вважається фізіологічною. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання.

Активне ведення третього періоду пологів

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

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

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Окситоцин є переважним утеротоніком, оскільки його ефект проявляється вже через 2-3 хвилини, він може бути використаний у всіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину можна використати - ергометрин - 0,2 мг/м. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих

препаратів.

Не можна використовувати ергометрін жінкам з прееклампсією, еклампсією та гіпертензією.

Контрольовані тракції за пуповину:

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

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

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

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, викручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках. У разі виявленні оболонок використовують вікончатий затискач для видалення їх залишків.

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

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

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

При появі ознак відшарування плаценти - необхідно запропонувати жінці

«натужитись», що призведе до народження посліду.

Ознаками відшарування плаценти є:

Ознака Шредера : якщо плацента відокремилась та спустилась в

нижній сегмент чи у вагіну, дно матки піднімається вгору і розташовується вище та вправовід пупка; матка набирає вигляду пісочного годинника.

Ознака Чукалова-Кюстнера: при натисканні ребром долоні на надлобкову ділянку в разі відокремлення плаценти матка підіймається вгору, пуповина не втягується у піхву.

Ознака Альфельда: лігатура, яка знаходиться на пуповині у статевій щілинироділлі, при відокремленні плаценти спускається на 8-10 см і нижче від Бульварногокільця.

Ознака Довженка: жінці пропонується глибоко дихати: якщо при видихові пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Ознака Клейна: роділлі пропонується потужитись, якщо при цьому пуповина не втягується у вагіну, то плацента відокремилась.

Для видалення посліду, який відокремився користуються зовнішніми методами.

Спосіб Абуладзе.

Після випорожнення сечового міхура передня черевна стінка береться обома руками у складку таким чином, щоб щільно захватити прямі м'язи живота. Після цього пропонується роділлі потужитись. Послід при цьому легко народжується завдяки значному зменшенню об'єму черевної порожнини.

Спосіб Креде-Лазаревича.

Виконується в наступній послідовності:

- 1) випорожняють сечовий міхур;
- 2) приводять дно матки в серединне положення;
- 3) проводять легеньке погладжування матки з метою її скорочення;
- 4) обхвачують дно матки рукою з таким розрахунком, щоб долонні поверхні чотирьох її пальців розташовувалися на задній стінці матки, долоня на дні матки, авеликий палець - на передній її стінці (Мал. 34);
- 5) одномоментно надавлюють на матку всією кистю у двох напрямленнях (пальцями - спереду назад, долонею - зверху вниз) у напрямку до лобка до того часу, доки послід не народиться із вагіни.

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

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

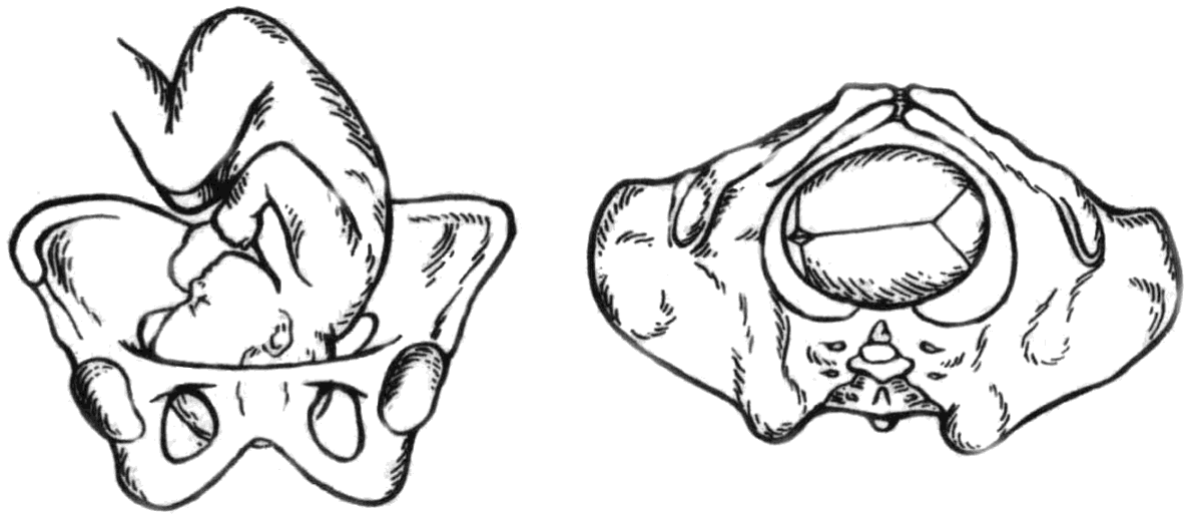
Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками).

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконується тільки за наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів або при невпевненості лікаря за цілісністю пологових шляхів (стрімкі пологи, положипоза лікарняним закладом).

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання

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

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



Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, малетім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної лінії таза, і стає «ведучою точкою». Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

Другий момент – внутрішній поворот голівки.



Здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя — до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступовозмінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого — у прямий розмір виходу тазу.

Стрілоподібний шов при

- I позиції проходить через правий косий розмір
- II — через лівий косий розмір тазу.

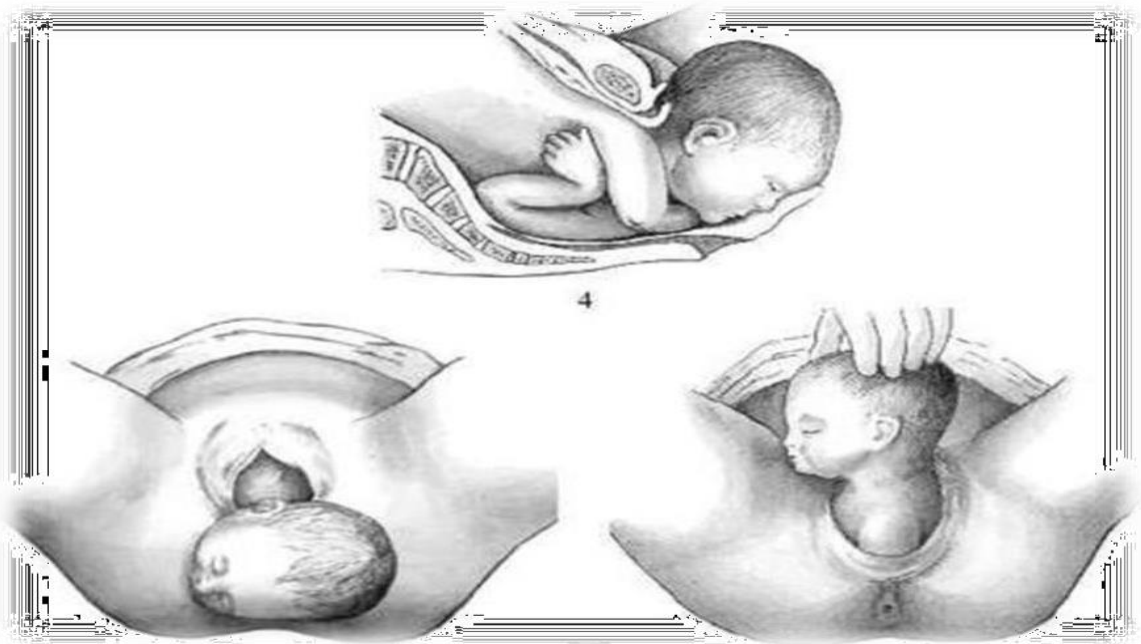
Третій момент – розгинання голівки в площині виходу.



Стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу тазу.

Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя.

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.



Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу. На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода. Закінчивши поворот, плічка встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу таза. Цей поворот плечиків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів.

Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при I позиції — до правого, при II позиції — до лівого.

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ПОЛОГІВ

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

1. швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, що його проводять кожні 4 години.
- 2 частоту та тривалість перейм
- 3 наявність просування голівки плода у порожнину таза

Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:

- спонтанний розрив плодових оболонок;
 - патологічна частота серцебиття плоду (менше 110 або більше 170 ударів за 1 хвилину);
 - випадіння пуповини;
 - у разі підозри на неправильне передлежання/ вставлення голівки плоду;
- затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).

Зовнішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

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

Внутрішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують

- при надходженні жінки до пологового відділення,
- через кожні 4 години під час першого періоду пологів
- після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Через зростання ризику висхідного інфікування пологового каналу додаткові внутрішні акушерські дослідження у першому періоді пологів припустимі лише за показаннями:

1. Кожні 4 години на протязі першого періоду пологів і кожену годину удругому періоді пологів.

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

Визначення ступеня вставлення голівки зовнішніми методами

Ступень вставлення голівки можна визначити IV прийомом Леопольда



Лікар стає справа, лицем до ніг вагітної. Долоні обох рук розміщені на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфіза. Цей прийом дозволяє визначити чи перебуває голівка над входом в малий таз або пройшла через площину входу матки, чи великим сегментом. Рекомендований також метод абдомінальної пальпації, яким визначається висота стояння голівки плода на кількість поперечників пальців над симфізом:



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

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

3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу; 2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу; 1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині тазу.

Зовнішня пальпація голівки має здійснюватися безпосередньо перед внутрішнім акушерським дослідженням. Це надає можливість запобігти помилок у визначенні положення голівки у разі формування великого набряку передлеглої частини голівкиплода.

Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження.

- ***Голівка над входом у малий таз.***

Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.

- ***Голівка малим сегментом у вході в малий таз.***

Крижова западина вільна, до мису можна підійти зігнутих пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.

- ***Голівка великим сегментом у вході в малий таз.***

Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Мис недосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів.

- ***Голівка в широкій частині малого таза.***

Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малоготаза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.

- ***Голівка у вузькій частині малого таза.***

Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

- ***Голівка у виході таза.***

Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Положення голівки плода при внутрішньому дослідженні можна також

з'ясовувати *по відношенню до рівня сідничних остей* - *linia interspinalis* (положення "0").

Відстань від сідничних остей до площини входу в малий таз дорівнює такій від остей до площини виходу таза.

Знак "-" означає, що голівка знаходиться вище сідничних остей (ближче до входу в малий таз).

Знак "+" означає, що голівка плода розміщується нижче сідничних остей (ближче до виходу таза).

Положення голівки визначається таким чином:

- 3 - голівка над входом в таз;
- 2 - голівка притиснута до входу в малий таз;
- 1 - голівка малим сегментом у вході в малий таз,
- 0 - голівка великим сегментом у вході в малий таз,
- +1 - голівка в широкій частині малого таза;
- +2 - голівка у вузькій частині малого таза,
- +3 - голівка у виході з малого таза

Народження голівки плода потребує обережного надання ручної допомоги, метою якої є не тільки збереження цілісності промежини жінки, але й попередження внутрішньочерепної, спинальної та інших травм плода

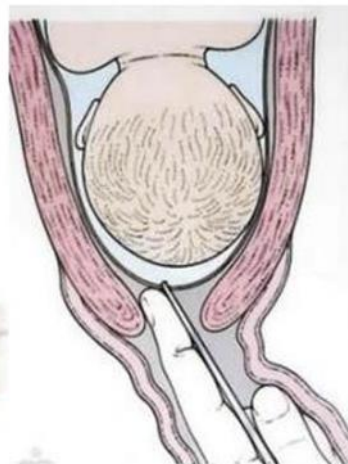
Захист промежини складається з п'яти прийомів:

1. Запобігання передчасному розгинанню голівки плода - долоня лівої кисті упирається в лобок, пальцями стримують стрімке просування голівки, обережно натискаючи на неї.
 2. Зменшення напруження тканини промежини - долонна поверхня правої кисті розташовується на промежині, пальцями зсувають тканини великих статевих губ у бік промежини.
- Виведення голівки плода із статевої щілини - після утворення точки фіксації, поза потугою, обережно знімаючи бічні краї Бульварного кільця з голівки,
1. дають їй можливість розігнутись.
 2. Допомога під час внутрішнього повороту плечиків і зовнішнього повороту голівки - головку, що народилася, захоплюють обома руками так, щоб долоні лягли на ділянку вух; голівку обережно відтягують донизу доти, поки переднє плічко не підійде під лобкову дугу.

3. Вивільнення плечового поясу - голівку захоплюють лівою рукою і відводять до лона, правою рукою обережно знімають тканину промежини з заднього плічка.



Амніотомія – використовується для індукції та регуляції пологової діяльності.



Методика виконання

- Обробка зовнішніх статевих органів вагітної чи породіллі антисептиком
- Внутрішньо-акушерське дослідження для визначення наявності навколоплідного міхура, його напруження
- Ввести крючок для амніотомії в піхву, перемістити його таким чином щоби кінчик інструменту досяг навколоплідний міхур
- Розвернути інструмент навколо осі таким чином, щоби гостра частина крючка зачепила оболонку навколоплідного міхура.

- Розірвати оболонку.
- Середнім та вказівним пальцями розширити отвір знімаючи оболонки навколоплідного міхура з передлеглої частини.
- Оцінити кількість та якість навколоплідних вод.

Упевнитися в тому, що передлегла частина притиснулась до площини входу в малий таз, перед передлеглої частиною не визначаються петлі пуповини

Перинео- та епізіотомія – має метою уникнути розривів промежини і пологових черпно-мозкових травм дитини.

Перинеотомія: розріз проходить по середній лінії промежини де наявне мінімальна кількість судин та нервових закінчень. При такому розрізі розсікається шкіра, підшкірна жирова клітковина, задня спайка піхви, фасції, луковично-печериста, поверхневий і глибокий поперечний м'язи промежини.



Методика виконання:

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку
- Здійснити розріз промежини в напрямку від задньої спайки до анального отвору довжиною 1,5-2 см.

Епізіотомія: розріз проходить з однієї сторони через велику статеву губу у напрямку до сідничного бугра.



Методика виконання :

- Після обробки зовнішніх статевих органів завести браншу ножиць за задню спайку перемістити на 2 см. вгору.
- Здійснити розріз промежини в напрямку від статевої щілини до сідничного бугра довжиною 1,5-2 см.

Особливості ведення партограми

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 аускультції 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.

Партограма (вкладиш до історії пологів № _____)

ПІБ	Варітність	Кількість пологів в анамнезі
Дата госпіталізації	Час госпіталізації	Тривалість безводного проміжку
Частота серцевих скорочень плода Накопичення води Конфігурація головки плода Розкриття шийки матки (см) [показник X] Опущення головки плода [показник O] Парена Час The main partograph grid consists of several horizontal sections, each with a vertical axis on the left and a horizontal axis at the bottom (labeled 1 to 24 hours). The sections are: Top section: For fetal heart rate (Частота серцевих скорочень плода), with a vertical axis from 80 to 200. Second section: For amniotic fluid accumulation (Накопичення води) and fetal head position (Конфігурація головки плода). Third section: For cervical dilation (Розкриття шийки матки) and fetal head descent (Опущення головки плода). It includes a horizontal line at 3 cm labeled 'латентна фаза' (latent phase) and a diagonal line labeled 'активна фаза' (active phase) with sub-labels 'Увага' (attention) and 'Дія' (action). Fourth section: For contractions every 10 minutes (Перейми за 10 хв), with a vertical axis from 1 to 5. Fifth section: For oxygen saturation (Окситоцин ОДП) and uterine contractions (Кількість крапель/хв). Sixth section: For medication administration (Призначені препарати). Seventh section: For pulse (Пульс), with a vertical axis from 60 to 180. Eighth section: For temperature (Температура °C). Ninth section: For urine (Сеча), with sub-labels for protein (білок), acetone (ацетон), and volume (об'єм).		
Діагноз:		

3.3. Вимоги до результатів роботи.

- Оцінювати розкриття шийки матки та опускання голівки плода.
- Виконувати амніотомію
- знати біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання
- знати біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання
- надавати ручну допомогу в 2 періоді пологів.
- виконувати перінеотомію та епізіотомію.
- Ввести активне введення третього періоду пологів.
- Знати ознаки відділення нормально розташованої плаценти та оцінювати цілісність плаценти.
- Виконувати огляд пологових шляхів після пологів.
- Вміти заповнювати партограму.

3.4. Формування професійних вмінь та практичних навичок (завдання, тести тощо).

Завдання

Роділля С., 26 років, надійшла до пологового будинку з активною пологовою діяльністю, через 3 год народила живого доношеного хлопчика масою 3000 г, зростом 50 см. Через 15 хв після народження дитини виникла кровотеча,

крововтрата становила 120 мл, триває.

Дані перевірки ознак відокремлення плаценти:

- а) затискач, що був накладений на пуповину біля статевої щілини, опустився на 10 см;
- б) матка плоска, вузька, дно піднялося вище пупа і відхилилося праворуч;
- в) при глибокому вдиху пуповина не втягується в піхву;
- г) пуповина подовжилася при потузі та не вкоротилася при її закінченні;
- д) при натисканні ребром кисті на підчерев'я пуповина не втягується у піхву;
- е) при натисканні на матку пупкові вени не наповнюються.

Правильна відповідь:

1. Пологи вчасні, перший період пологів.
2. Плацента відшарувалася від стінок матки.
3. Позначення цифрами ознак відокремлення плаценти: 2–1– 4–5–3–6.
4. Щоб виділити з порожнини матки послід, який відокремився, слід запропонувати роділлі потужитися. Якщо ефект відсутній, треба застосувати способи виділення посліду в такому порядку: Абуладзе, Креде — Лазаревича, Гентера, ручне виділення.
5. Методика виділення посліду за Абуладзе: здійснити сечовипускання, надати матці центрального положення, провести масаж матки для її скорочення. Після цього обома руками захопити передню черевну стінку у велику поздовжню складку і запропонувати роділлі потужитися.

ТЕМА

"НАДАННЯ РУЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПОЛОГАХ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ"

МЕТА

Отримати базові знання про ведення пологів при тазовому передлежанні, механізм пологів при тазовому передлежанні, мануальну допомогу при тазовому передлежанні.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ:

- Типи тазового передлежання
- Фактори, які можуть сприяти тазовому передлежанню плода
- Діагностичні критерії тазового передлежання при зовнішньому огляді
- Діагностичні критерії тазового передлежання при вагінальному дослідженні
- Ведення вагітності при тазовому передлежанні
- Механізм пологів при тазовому передлежанні
- Ручна допомога при тазовому передлежанні

Питання:

1. Що таке повне тазове передлежання?
2. Що таке відверте тазове передлежання?
3. Що таке тазове передлежання однієї ноги?
4. Що таке тазове передлежання з подвійним передлежанням?
5. Що таке колінне передлежання?
6. Які діагностичні критерії тазового передлежання при зовнішньому огляді?
7. Які діагностичні критерії тазового передлежання при вагінальному дослідженні?
8. Які можливі ускладнення при тазовому передлежанні під час вагітності?
9. Які можливі ускладнення при тазовому передлежанні під час вагінальних пологів?
10. Які основні рухи плода під час вагінальних пологів при тазовому передлежанні

1. **КОНТРОЛЬ БАЗОВИХ ЗНАТЬ** (письмова робота, письмове тестування, онлайн-тестування, очна співбесіда тощо)

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

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

Орієнтація плоду

Типи тазового передлежання

Акушерське обстеження

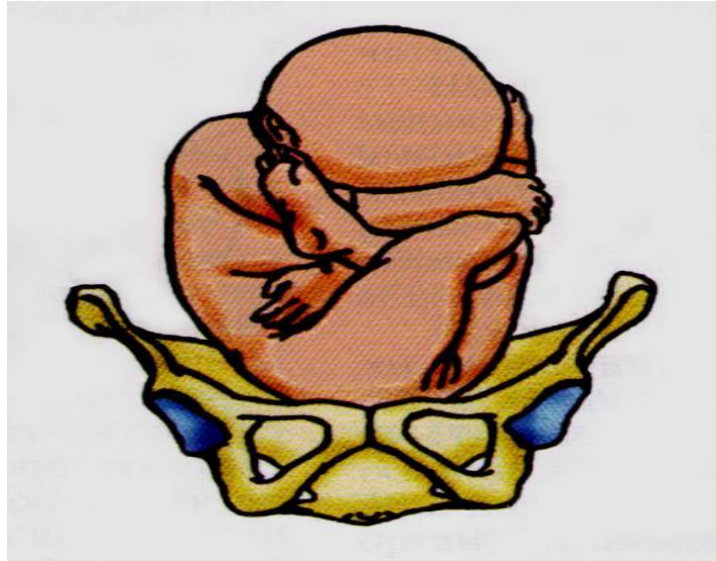
Діагностичні критерії тазового передлежання

Ведення вагітності

Механізм пологів при тазовому передлежанні

Ручна допомога при тазовому передлежанні

1. Визначте орієнтацію плода в матці.



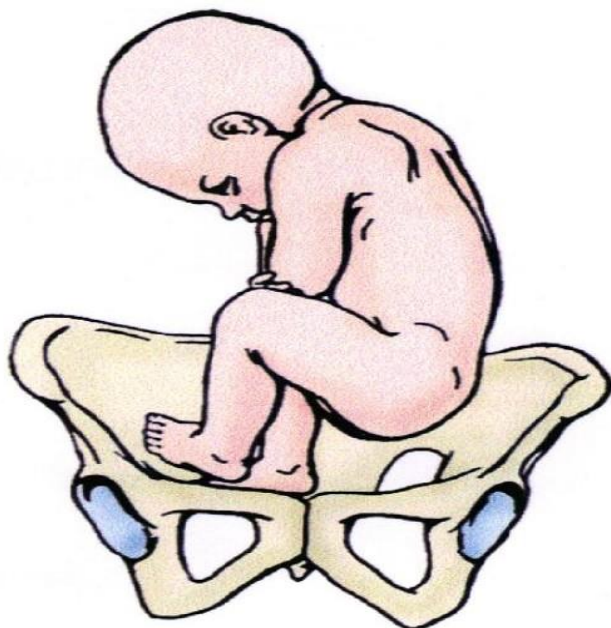
2. Визначити орієнтацію плода в матці.



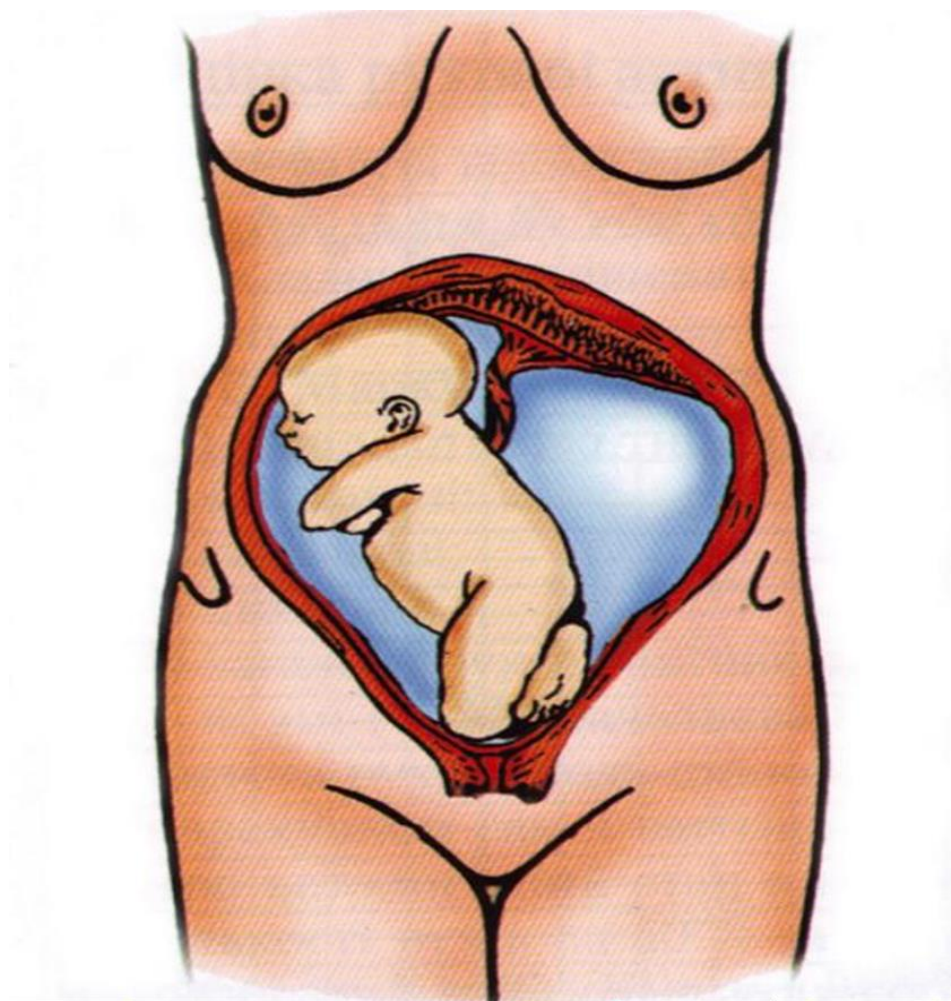
3. Визначити орієнтацію плода в матці.



4. Визначити орієнтацію плода в матці.



5. Визначити орієнтацію плода в матці.



2 ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації).

Інтерактивне завдання:

Групи здобувачів вищої освіти діляться на підгрупи по 3-4 людини в кожній.

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи I:

- для проведення акушерського абдомінального обстеження
- визначити передлежання та положення плода
- надавати ручну допомогу при тазовому передлежанні (Цов'янов I.)
- виконувати мануальну допомогу при постановці стопи (Цов'янов II)
- надавати ручну допомогу при затримці народження голівки плода (маневр Морісо-Левре)

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи II:

- оцінити відповіді студентів I підгрупи та внести корективи.

Клінічна ситуація А

У 40-річної первородящої спостерігається слабка родова діяльність протягом 10 годин. Термін вагітності 40 тижнів. Розміри тазу 25-28-31-17 см. Окружність живота 100 см, висота стояння лона 38 см. Серцебиття плода 115/хв, аускультативно вислуховується справа над пупком, ближче до чорної лінії. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки розкрита на 6 см, плідний міхур інтактний.

Визначте орієнтацію плода в матці.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку?

Клінічна ситуація В

До пологового відділення надійшла багатоплідна в терміні 35-36 тижнів вагітності. Пологова діяльність в нормі. Розмір тазу 26-29-30-21 см. Серцебиття плода 148/хв, вислуховується зліва над пупком, ближче до бічної черевної стінки. Окружність живота 95 см, висота стояння лона 33 см. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено зміщення шийки матки, відкриття на 8-9 см. Амніотичний міхур відсутній. Сідниці плода знаходяться в порожнині малого тазу.

Визначте орієнтацію плода в матці.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку?

Клінічна ситуація С

Жінка, п. 4, в терміні 37 тижнів, має розгорнуте тазове передлежання. Розмір тазу 25-28-30-20 см. Окружність живота - 100 см, висота стояння лона - 32 см. Плацентане низько розташована, і вона хоче народжувати вагінально.

Виберіть одну з наступних відповідей

- А. Кесарів розтин
- В. Без втручання

- C. Зовнішня головна версія
- D. Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання
- E. Видалення передлежачої частини матки
- F. Запропонувати госпіталізацію і чекати

Клінічна ситуація D

У жінки просунуті пологи з тазовим передлежанням. Вона повністю розкрилася, тужиться вже годину, а сідниць не видно.

Виберіть одну з наступних відповідей

- A. Кесарів розтин
- B. Без втручання
- C. Зовнішня головна версія
- D. Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання
- E. Видалення передлежачої частини матки
- F. Запропонувати госпіталізацію і чекати

Правильні відповіді

Завдання 1 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання. Праве заднекрижове передлежання (RSP).

Завдання 2 - Поздовжнє передлежання. Повне тазове передлежання. Ліве крижове передлежання (ЛКП).

Завдання 3 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання (тазове передлежання на одній ніжці). Праве задне крижове передлежання (RSP).

Завдання 4 - Поздовжнє передлежання. Неповне сідничне передлежання (подвійнесідничне передлежання). Ліве поперечне положення крижів (LST).

Завдання 5 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання (колінне передлежання). Ліве поперечне положення крижів (LST).

Клінічна ситуація А - Поздовжнє передлежання. Тазове передлежання. Праве передне крижове передлежання (ППК). Кесарів розтин.

Клінічна ситуація В - Поздовжнє передлежання. Неповне (відверте) тазове передлежання.

Ліве крижове передлежання (ЛКП). Спроба вагінальних пологів при тазовому передлежанні.

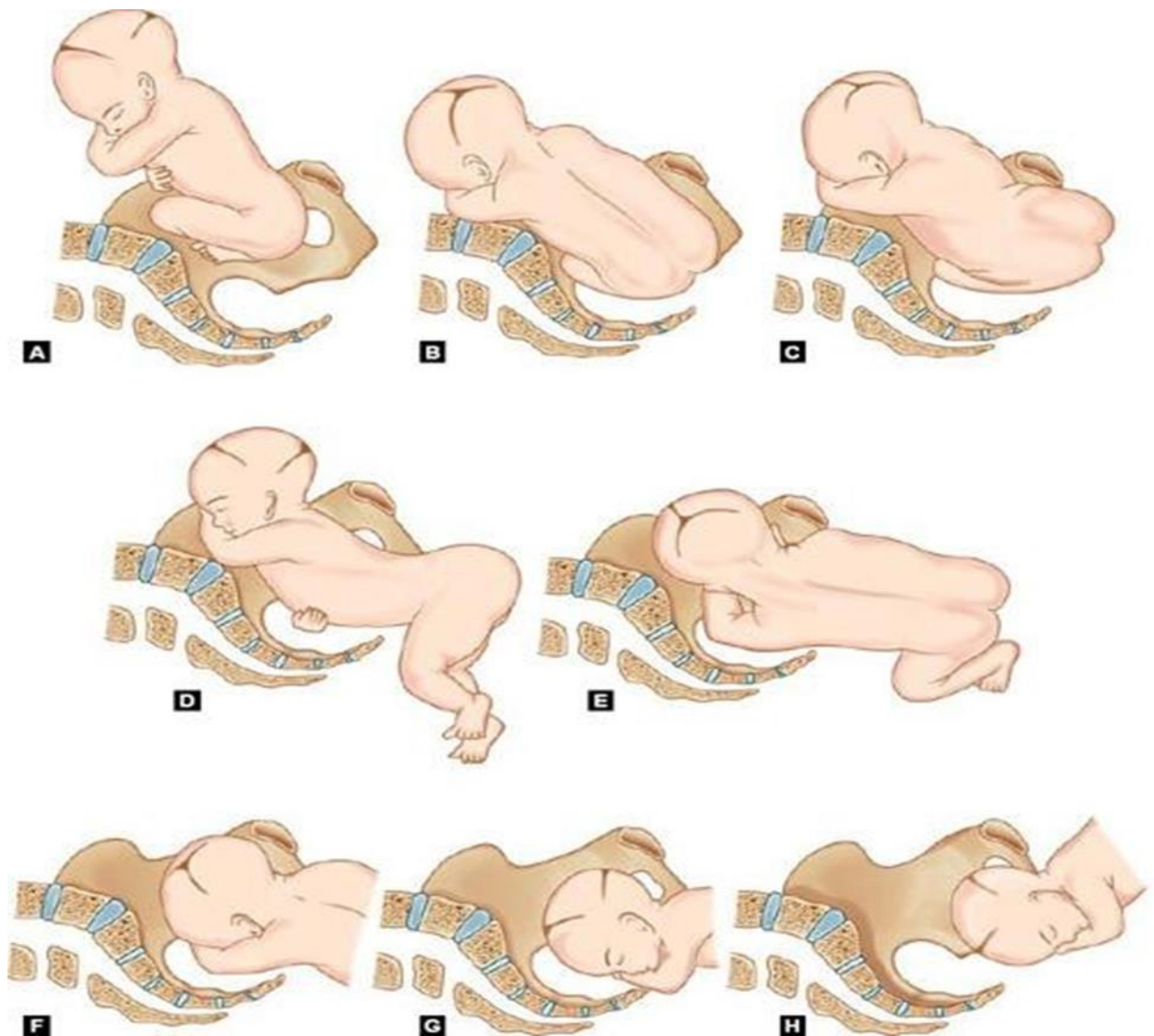
Клінічна ситуація С - Спроба вагінальних пологів при тазовому передлежанні.

Клінічна ситуація D - кесарів розтин.

2.1. Навчальні матеріали, рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Під час доношеної вагітності частота тазового передлежання становить 3-4%, а під час недоношеної вагітності вона значно вища - 1 на 5 пологів у терміні вагітності до 30 тижнів. Згідно з проспективними даними США, тазове передлежання є звичним для плода наприкінці II триместру вагітності. Але внаслідок більших розмірів тазового кінця плода порівняно з його голівкою, поступово більшість плодів набувають головне передлежання в III триместрі.

Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні має ті ж закономірності, що і при головному, і складається з 7 моментів (рис.)



Перший момент - вставлення сідниць у порожнину входу в таз (рис. А). Linea intertrochanterica, або міжсіднична, відіграє роль сагітального шва при головному передлежанні і виступає в порожнину тазового входу одним з косих розмірів; крижі плода повернуті допереду або дозаду.

Другий момент - опускання сідниць. Під час розвитку пологової діяльності сідниці в результаті їх стискання опускаються в таз. Першою опускається передня сідниця, яка є входним отвором, на ній формується родова пухлина.

Третій момент - сакральна ротація сідниць. Здійснюючи коливальні рухи, сідниці проходять мис і опускаються в широку частину тазової порожнини (рис. Б).

Четвертий момент - внутрішній поворот сідниць (рис. В). І сідниці, і голова роблять внутрішній поворот і опускаються на тазове дно. Лінія сідниць виставляється за прямим розміром.

П'ятий момент - розгинання сідниць і тулуба до нижнього кута лопатки (передній край лопатки; рис. С, D, E). Спочатку передня клубова кістка плода фіксується до нижнього краю лобкової дуги, яка працює як точка опори, навколо якої тіло плода згинається до високого ступеня, і відбувається народження задньої сідниці. Після цього передня частина плоду також опускається. При повному тазовому передлежанні сідниці виходять разом з ніжками, а ніжки випадають після виходу тулуба у відвертому тазовому передлежанні. Після того, як нижній кінець тулуба вийшов назовні, його розгинають і кількома переймами підводять до пупка, а потім до нижнього кута лопаток. Тіло злегка повертається спинкою вперед.

Шостий момент - народження верхніх кінцівок (плечового поясу, рис. E, F). Плечовий пояс виконує ті ж рухи, що і при головному передлежанні в тазовому передлежанні. Біакроміальний розмір плечиків при прогресивному просуванні вперед переходить з косого діаметру входу в прямий діаметр на виході з тазу. При збереженні нормального розташування плода стовпчик плечової кістки передньої руки фіксується біля нижнього краю лобкового симфізу; першою народжується задня рука, потім передня рука відходить від лобка. Якщо розташування плода порушується, рука відкидається назад, що вимагає спеціальної акушерської допомоги.

Сьомий момент - народження голівки (рис. Ж, З). Голівка входить в таз одночасно з народженням плічок. Сагітальний шов накладається в косому діаметрі тазу, протилежному біакроміальному розміру плечиків. Далі голівка виконує всі свої рухи, згідно з законами біомеханіки, як при потиличному передлежанні. Однак всі рухи відбуваються швидко, голівка, якщо вона не випрямлена, рухається по малому (9,5 см) або середньому косому діаметру (від підпотиличної ямки до переднього краю переднього (великого) тім'ячка - 10 см). Голівка фіксується в потиличній ямці під лобковим симфізом, і навколо цієї точки фіксації підборіддя, обличчя і лоб плода розходяться над промежиною.

Ведення вагінальних пологів при тазовому передлежанні плода рекомендується здійснювати за таких умов:

- 1) тазове передлежання плода;
- 2) нормальні розміри тазу матері;
- 3) вага плоду менше 3600 г, що підтверджено 2 і більше УЗД;
- 4) індивідуальний досвід і навички лікаря з ведення пологів при тазовому передлежанні плода;
- 5) наявність відділення анестезіології та неонатологічної реанімації.

На I етапі пологів слід запобігти розриву плодового міхура, провести профілактику інервації матки та внутрішньоутробної гіпоксії плода. Одразу після відходження навколоплідних вод проводять внутрішнє акушерське дослідження для встановлення правильного діагнозу та профілактики випадіння пуповини. Якщо навколоплідні води відійшли

несвоєчасно і спостерігається інертність матки, породіллі вводять адекватні дози окситоцину, простагландинів або їх комбінацію. Слід пам'ятати, що тільки під час активних пологів можливий успішний результат пологів. Передозування тонізуючих препаратів може спричинити гостру гіпоксію плода, передчасне відшарування плаценти. Тому при тривалій інертності матки (протягом 3 год) і посиленні гіпоксії плода доцільно змінити план ведення пологів і розпочати кесарів розтин. II стадія пологів потребує особливої уваги. Для профілактики спазму шийки матки за 30-40 хв до народження дитини внутрішньовенно вводять 1 мл 0,001% розчину атропіну сульфату або інших спазмолітиків. Щоб зменшити ймовірність пологової травми та полегшити народження голівки, проводять епізіотомію та пудендальну анестезію. Серцебиття плода прослуховується після кожного скорочення м'язів під час потуг. Породілля вдихає кисень в проміжках між скороченнями м'язів передньої стінки прелюмуса. З моменту роз'єднання сідниць плода породіллю укладають на край ліжка, під крижі підкладають валик для зменшення кута нахилу таза. Деякі акушери рекомендують притискати стегна до живота під час скорочення м'язів прелюмуса. Виділення меконію плодом при тазовому передлежанні відбувається механічно і не є ознакою гіпоксії плода.

У веденні пологів при тазовому передлежанні плода виділяють 4 етапи:

- 1) народження плоду до пупка;
- 2) розродження плода до нижнього кута лопатки;
- 3) доставка руки;
- 4) народження голови

В Україні при веденні пологів при тазовому передлежанні плода застосовується ручна допомога за М. А. Цов'яновим.

Ручна допомога за «Цов'янов І». (при тазовому передлежанні плода) базується на тому, що після розведення сідниць акушер бере їх рукою таким чином, щоб великі пальці розташовувалися на притиснутих до живота ніжках плода, а інші 4 пальці - вздовж крижів (рис. І).

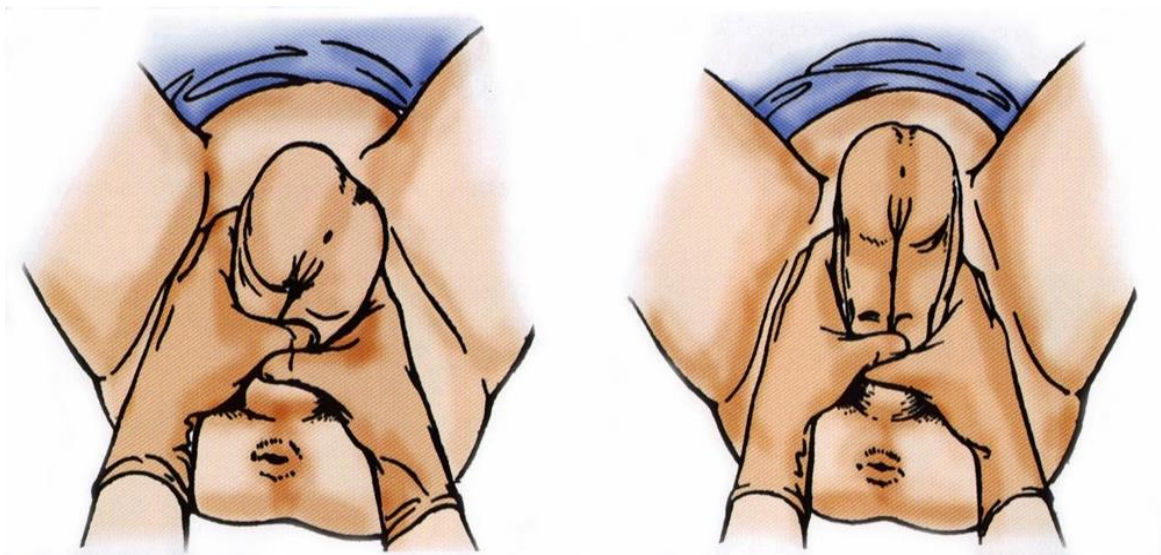


Рис. І Рис. J

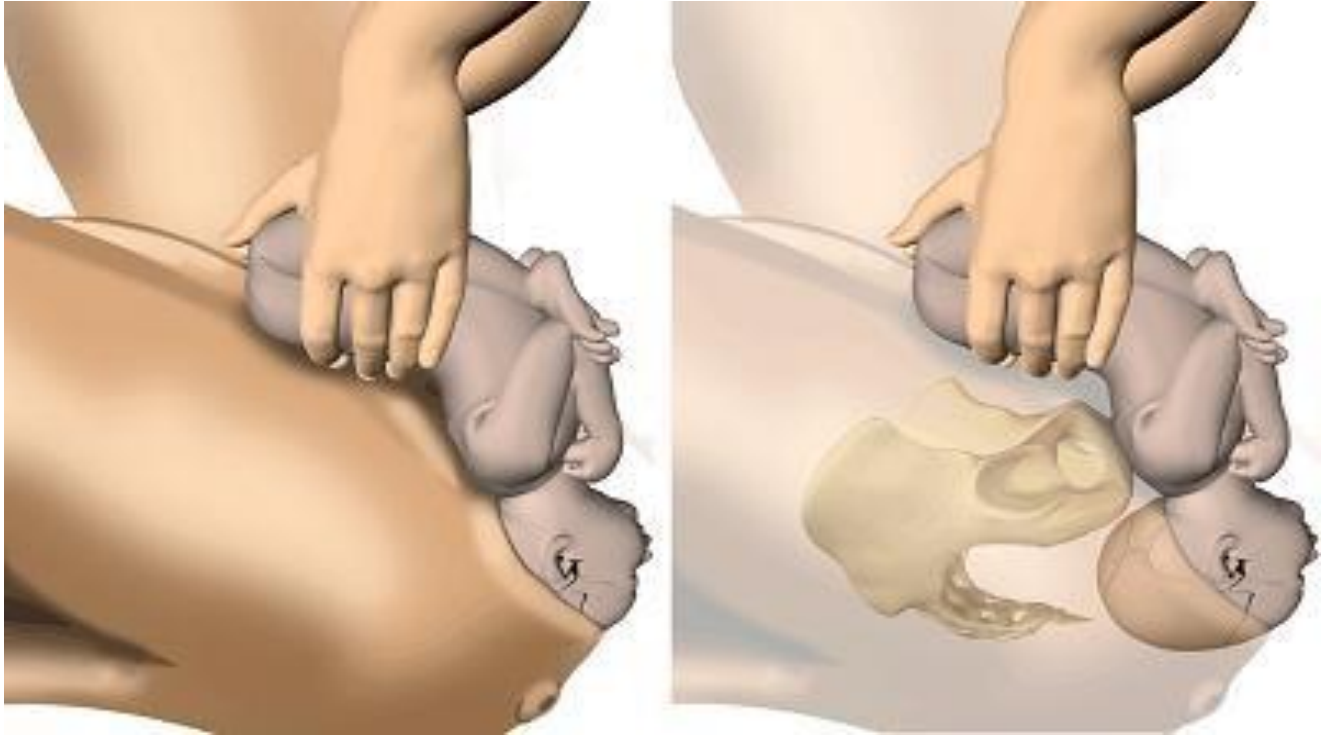


Рис. K Рис. L

Тулуб плода піднімається вгору - по осі родових шляхів. Таке розташування рук акушера запобігає передчасному випадінню ніжок, опусканню сідниць і сприяє просуванню тулуба вгору - до лобка. Під час просування тулуба руки акушера ковзають уздовж нього, залишаючись при цьому біля пупкової щілини роділлі (рис. J). Слід пам'ятати, що тракції заборонені. Лікар повинен ковзати рукою вздовж тулуба плода, що народжує. Після роз'єднання поясу верхніх кінцівок рука може випасти. Важливо, щоб ноги не випали раніше, ніж відбудеться розкриття плечового поясу. Якщо руки плода не виходять самостійно, лікар, не змінюючи положення рук, встановлює плечовий пояс у прямому діаметрі тазового виходу і відхиляє тулуб плода назад (рис. K, L). При цьому переднє плече виходить з лобкової дуги. Потім тулуб слід підняти вгору, щоб полегшити вихід задньої руки з лобкового зчленування. У глибині пупкової щілини з'являється підборіддя і рот плода. Тулуб піднімають догори, щоб вивести голівку плода. Обережне, але сильне натискання акушера на лобкову дугу (метод Науйока) може сприяти народженню голівки (рис. M, N).

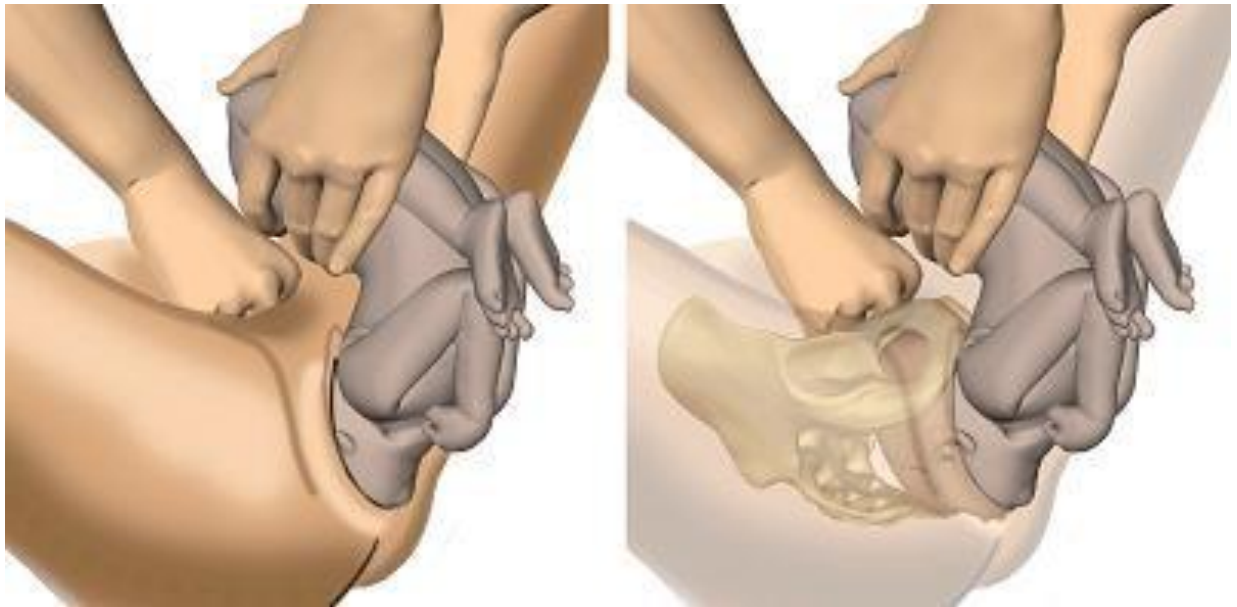


Рис. М Рис. N

Якщо народження голівки затримується, її вивільняють за допомогою маневру Морісо-Левре (рис. О). Для того, щоб витягти голівку за методом Морісо-Левре, плід саджають на передпліччя акушера. Другим пальцем у роті плода лікар утримує голівку в зігнутому положенні. Другим і середнім пальцями вільної руки він бере плечовий пояс плода. Тракції проводяться вільною рукою спочатку вниз - до утворення точки фіксації підпотиличної ямки над лобком, потім - вгору. Рухи повинні бути обережними, щоб запобігти травмуванню шийного сегмента хребетного стовпа плода.

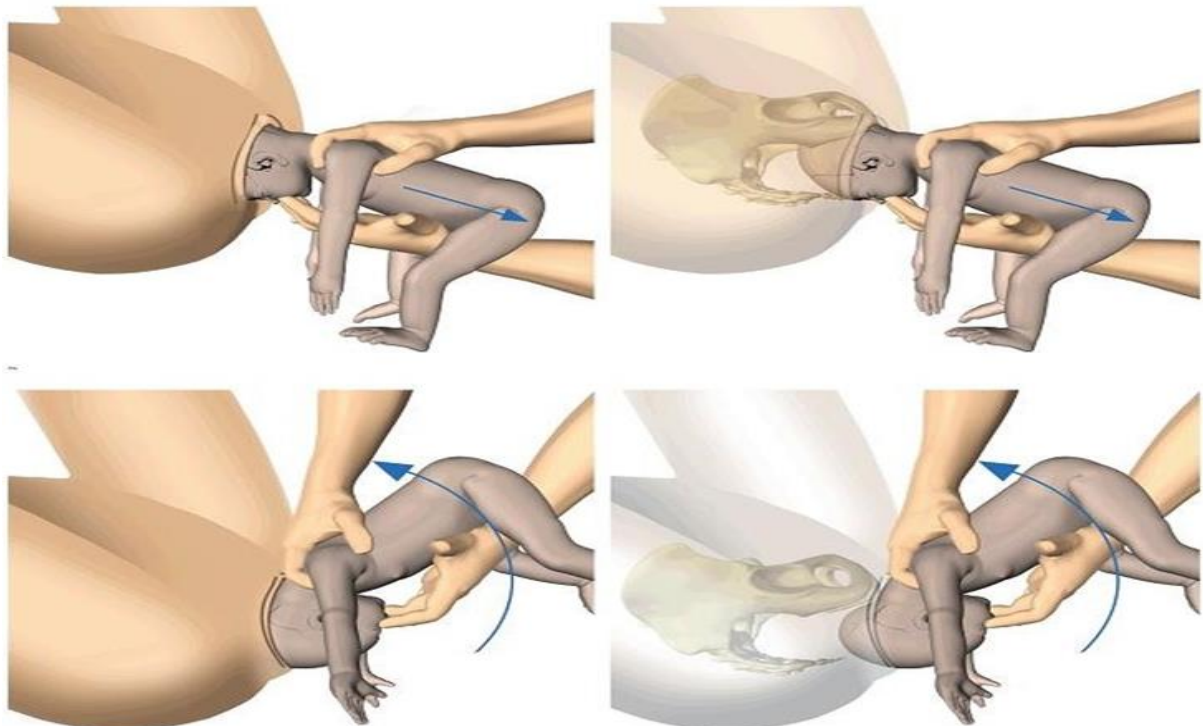


Рис. О

Ручна допомога при ножному передлежанні за «Цов'яновим II»

полягає у створенні бар'єру для просування плода з метою інтенсифікації пологів. Як тільки ніжки з'являться з піхви, лікар повинен прикрити зовнішні статеві органи стерильною серветкою і долонею під час кожної потуги протидіяти передчасному випадінню ніжок з пудендальної щілини (рис. П).



Рис. Р

Така протидія необхідна до повного розкриття маткового вічка. До цього часу сідниці опускаються на тазове дно, а плід присідає, формуючи змішане тазове передлежання. Протидія припиняється, коли ніжки плода починають виходити з долоні акушера. Цей метод можна застосовувати при змішаному тазовому передлежанні, дії проводяться до тих пір, поки тазовий кінець плода не опуститься на тазове дно. Якщо при прийомі Цов'янова після проходження плода до пупка його подальший самостійний рух припиняється, необхідно виконати класичну акушерську допомогу для вивільнення ручок і голівки (рис. Р). Кожна рука звільняється відповідною рукою акушера - права - правою, ліва - лівою. Першою вивільняється задня рука, яка знаходиться над промежиною (більше простору для маніпуляцій). Тулуб плода з ніжками піднімають вгору - до пахової складки матері. Другим і середнім пальцями руки, що відповідає задній руці плода, акушер ковзає спереду по спинці плода вздовж лопатки, натискає на згин руки і, ковзаючи по грудній клітці плода, витягує його задню руку. Передню руку перекладають на задню, повертаючи тулуб плода на 180°; спинка плода повинна пройти під лобковим симфізом. Друге плече витягують так само, як і перше.

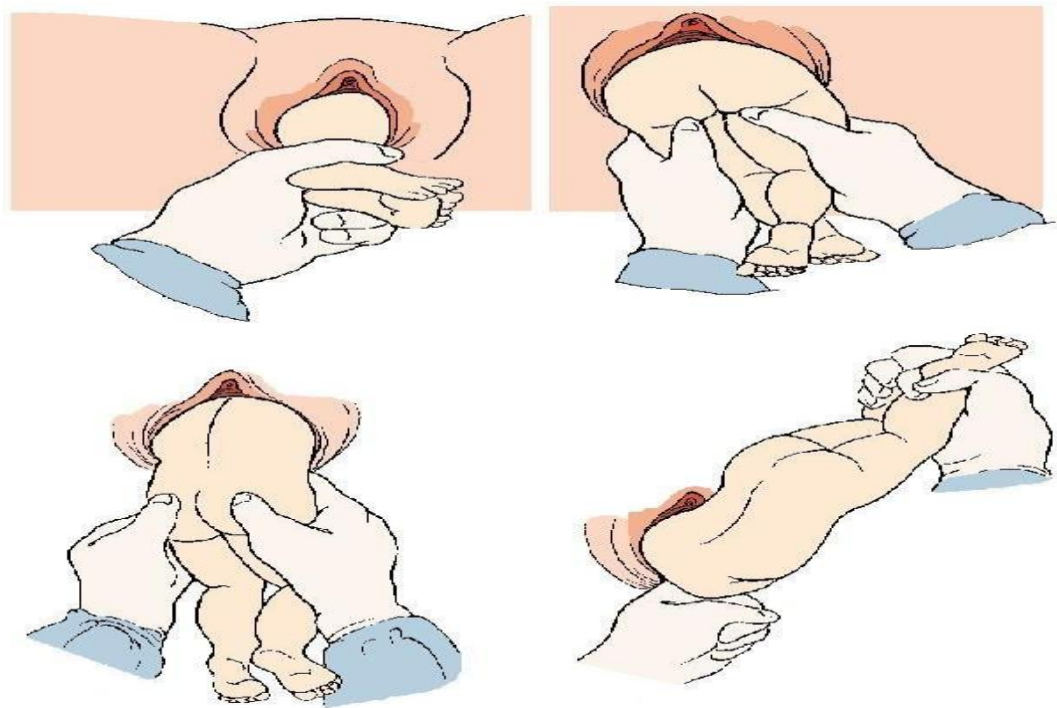


Рис. Р

2.2. Вимоги до результатів роботи.

- знати типи тазового передлежання
- знати біомеханізм пологів при тазовому передлежанні
- надавати ручну допомогу при тазовому передлежанні (Цов'янов І.)
- виконувати мануальну допомогу при постановці стопи (Цов'янов ІІ)
- надавати ручну допомогу при затримці народження голівки плода (маневр Морісо-Левре)

2.3. Контрольні матеріали для завершального етапу заняття: завдання, тести, тощо.

Завдання

Багатоплідна в терміні 38 тижнів вагітності надійшла до пологового відділення після початку пологової діяльності. Скорочення матки відбуваються кожні 6-7 хвилин, тривалістю близько 30 секунд. Розмір тазу 25-28-30-20 см. Окружність живота - 96 см, висота стояння дна матки - 33 см. Серцебиття плода 128/хв, аускультативно вислуховується зліва над пупком, ближче до чорної лінії. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено зміщення шийки матки, відкриття на 4 см. Плодовий міхур інтактний. Сідниці та стопи плода притиснуті до входу в малий таз.

Вкажіть всі складові діагнозу.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку.

Правильна відповідь:

Термін вагітності - 38 тижнів (доношена вагітність)
 Скорочення матки відбуваються кожні 6-7 хвилин, тривають близько 30 секунд(регулярна родова діяльність)
 Розмір тазу 25-28-30-20 см (нормальний, гінекоїдний таз)
 Окружність живота 96 см, тазовий зріст 33 см (передбачувана маса плода 3168 ± 200 г)
 Частота серцевих скорочень плода 128/хв (нормальний стан плода)
 Орієнтація плода - поздовжнє лежання, повне тазове передлежання, ліва крижовапередня позиція
 Внутрішнє акушерське дослідження показало зміщення шийки матки, відкриття на 4 см (1st стадія пологів, активна фаза)
 Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання.

4. Підведення підсумків

Критерії оцінювання результатів навчання

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

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності на практичному занятті:

3. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
4. Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття; методи: оцінювання:
 - а) комунікативних навичок спілкування з пацієнткою
 - б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень перед рішенням ситуаційної задачі
 - в) вміння проведення зовнішньої пельвіометрії, проведення внутрішньої пельвіометрії, знати нормальні розміри великого та малого жіночого тазу, площини малого тазу, вимірювання додаткових розмірів жіночого тазу, методи вимірювання істинної кон'югати.
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

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

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
-----	---

«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

- Здобувач допускається до заліку за умови виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він отримав не менше 3,00 балів.

Залік

По завершенню вивчення дисципліни здійснюється залік. До підсумкової атестації допускаються лише ті здобувачи, які не мають академічної заборгованості і мають середній бал за поточну навчальну діяльність не менше 3,00. Якщо дисципліна закінчується заліком, підраховується тільки середній бал поточної успішності, тобто середнє арифметичне всіх отриманих оцінок за традиційною шкалою, округлене до двох знаків після коми, яке конвертується за 200-бальною системою. При цьому, у відповідну документацію записується середній поточний бал, який конвертується за 200-бальною шкалою та виставляються оцінка за 2-бальною шкалою («зараховано» або «не зараховано»):

- оцінка «зараховано» виставляється здобувачу, який виконав навчальний план дисципліни, не має академічної заборгованості; рівень компетентності – високий (творчий);
- оцінка «не зараховано» виставляється здобувачу, який не виконав навчальний план дисципліни, має академічну заборгованість (середній бал нижче ніж 3,0 та/або пропуски занять); рівень компетентності – низький (рецептивно-продуктивний).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова література:

1. Запорожан В.М., Міщенко В.П. Акушерство і гінекологія в 2-х книгах

: Кн. 1: Акушерство, 2007. - 373 стор.

2. Williams Manual of Obstetrics (24th Ed) F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, J. S. Sheffield, McGraw-Hill Education/Medical. - 2014. - 1377 стор.
3. Підручник з гінекології (6-е изд.) Дутта Д. С., Хіралал Конар (ред.). - JAYPEEBROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2013. - 702 стор.
4. DC Duttas Textbook of Obstetrics including Perinatology and Contraception (8th Ed.) Dutta DC., Hiralal Konar (Ed.). - JAYPEE BROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2015. - 782 стор.
5. Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology (10th Ed). Джеремі Оатс, Сюзанна Абрахам. Elsevier. 2016. - 384 стор.
6. The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension. Науково обґрунтоване керівництво з моніторингу, профілактики та ведення. L. A. Magee, a. P. Dadelszen, W. Stones, M. Mathai (Eds), The Global Library of Women's Medicine.- 2016. - 456 стор.
5. Керівництво клініки Майо зі здорової вагітності. Роджер В. Хармс (ред.). Rosetta books, 2011. - 612 стор.
6. Найкраща практика в пологах і переймах / за редакцією Річарда Воррена, С. Арулкумарана. Cambridge University Press. - 2009. - 362 стор.
7. 2. "Посібник з акушерства Вільямса" (24-е видання) F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, J. S. Dashe, B. L. Hoffman, B. M. Casey, J. S. Sheffield, McGraw-Hill Education/Medical. - 2014. - 1377 pp.
8. підручник з гінекології (6-е видання) Дутта Д.С., Хіралал Конар (ред.). - JAYPEE BROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2013. - 702 с.
9. Д. С. Дутта Підручник з акушерства, включаючи перинатологію та контрацепцію (8-е вид.) Дутта Д. С., Хіралал Конар (ред.). - JAYPEE BROTHERS MEDICAL PUBLISHERS (P) LTD, 2015. - 782 с.
10. Llewellyn-Jones Основи акушерства та гінекології (10-е видання). Джеремі Оутс, Сюзанна Абрахам. Elsevier. 2016. - 384 с.
11. підручник FIGO "Гіпертензія вагітних. Посібник з моніторингу, профілактики та лікування, заснований на доказах. L. A. Magee, P. Dadelszen, W. Stones, M. Mathai (ред.), Глобальна бібліотека жіночої медицини. - 2016. - 456 с.
12. 7.Посібник клініки Майо щодо здорової вагітності. Роджер В. Хармс (ред.). Розетта книги, 2011. - 612 сторінок.
13. найкращі практики пологів та розродження / за ред. Річарда Уоррена, С. Арулкумарана. Видавництво Кембриджського університету. - 2009. - 362 с.
14. фундаментальні науки в акушерстві та гінекології / за ред. Філіпа Беннета, Кетрін Вільямсон. 4-е видання. 2010, Churchill Livingstone Elsevier. - 386 сторінок.

Додаткова література:

1. материнсько-фетальна медицина. Creasy R.K., Resnik R - 2009. - 1296 стор.
2. Gibbs R. S., Karlan B. Y., Haney A. F., Nygaard I. E. Danforth's Obstetrics

- andGynecology (10th Ed.) - Lippincott Williams & Wilkins. - 2008. - 2225 pp.
3. CTG Made Easy / за редакцією Сьюзен Гауге, Крістін Хендерсон. 3-тє видання, 2009 р. - Elsevier Churchill Livingstone. - 280 стор.
 4. Акушерство: Нормальні та проблемні вагітності, 7-е видання S. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, D. A. Driscoll, V. Berghella and W. A. Grobman, Elsevier. - 2017. - 1320 стор.
 5. Акушерство від десяти викладачів (20-те вид.) Луїза К. Кенні, Дженні Е.Майєрс. - CRC Press. - 2017. - 342 стор.
 6. сучасний прогрес в акушерстві та гінекології. Том 4. Eds. J. Studd, Seang LinTan, F. Chervenak. - 2017. - 419 стор.
 7. останні досягнення в акушерстві та гінекології. Vol 26. В. Леджер, Дж. Кларк. - JP Medical. - 2015.- 230 pp.
 8. проактивна підтримка праці. Reuwer P., Bruinse H., Franx A. - 2015. - 216 стор.

ІНТЕРНЕТ-ДЖЕРЕЛА:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>