

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»
для здобувачів 5 курсу

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” серпня 2025 р.

Завідувач кафедри, професор _____ Ігор ГЛАДЧУК

**Розробники:**

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

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

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

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

К.мед.н. доцент кафедри акушерства та гінекології Еліна ПАНЧУК

К.мед.н. асистент кафедри акушерства та гінекології Олеся Жовтенко

Рецензенти:

Завідувач кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії, професор, доктор медичних наук Валентина ВЕЛИЧКО

Завідувач кафедри симуляційних медичних технологій, доктор економічних наук, к.мед.н. Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №11

ТЕМА: «ЖІНОЧИЙ ТАЗ. ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ»

Мета: Ознайомитись із розвитком наукових поглядів на еволюцію жіночого тазу, статистичними даними про перебіг вагітності та пологів при різних розмірах і формах тазу.

Основні поняття (перелік питань): Таз з анатомічної та акушерської точок зору. Тазове дно. Будова голівки плода. Розміри голівки плода та тулуба. Ознаки доношеності та зрілості плода. Вимірювання та оцінка таза.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

В акушерській практиці велике значення мають розміри малого таза, від яких залежать перебіг та завершення пологів для матері і плода. Та зокрема співвідношення розмірів тазу та голівки плода. Названа тема є основою в акушерстві. Без знання її неможливе подальше вивчення акушерської дисципліни, зокрема уявлення про передлежання, біомеханізм пологів, клінічні співвідношення плода і таза.

Перелік дидактичних одиниць:

- Таз з анатомічної та акушерської точок зору.
- Тазове дно.
- Будова голівки плода.
- Розміри голівки плода та тулуба.
- Ознаки доношеності та зрілості плода.
- Вимірювання та оцінка таза.

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

Питання:

1. Анатомія жіночих статевих органів.
2. Будова жіночого таза.
3. Таз з акушерської точки зору.
4. Пельвеометрія.
5. Тазове дно.
6. Основні зовнішні розміри таза, додаткові розміри таза.
7. Типи сполучення кісток і вікові особливості їх у жінки.
8. Методи встановлення розмірів істинної (акушерської) кон'югати.
9. Плід як об'єкт пологів (розміри голівки плода, шви, тім'ячка).

10. Ознаки доношеності та зрілості плода.

Типові задачі:

1. Чому дорівнює величина справжньої (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова), якщо зовнішня кон'югата дорівнює 20 см, а окружність лучезап'ястного суглоба – 18 см?

Відповідь: Величина справжньої (акушерської) кон'югати дорівнює 10 см.

2. Чому дорівнює величина істинної (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова), якщо зовнішня кон'югата дорівнює 20 см, а окружність лучезап'ястного суглоба – 14,5 см?

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

3. 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.

4. При вимірі додаткових розмірів таза подовжній розмір ромба Міхаеліса у вагітної дорівнює 8 см, поперечний – 10 см. Чому дорівнює зовнішня кон'югата?

Відповідь: Величина зовнішньої кон'югати дорівнює 18 см.

Тестові тестові завдання:

1. 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:

- А. Площина входу в малий таз.
- В. Площина широкої частини порожнини малого таза.
- С. Площина вузької частини порожнини малого таза.
- Д. Площина виходу малого таза.
- Е. Провідна вісь таза.

2. Одна з площин таза обмежена позаду верхівкою куприкової кісти, попереду – нижнім краєм лобкової дуги, з боків - сідничними буграми.

Назвіть дану площину:

- А. Площина входу в малий таз.
- В. Площина широкої частини порожнини малого таза.

С. Площина вузької частини порожнини малого таза.

Д. Площина виходу малого таза.

Е. Провідна вісь таза.

3. Який шов визначається на передлежачій частині плоду при внутрішньому акушерському дослідженні, якщо у лона він з'єднується з тім'ячком трикутної форми, а у миса – із тім'ячком ромбоподібної форми?

А. Лобовий.

В. Вінцевий.

С. Ламбдоподібний.

Д. Стрілоподібний.

Е. Прямий.

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:

А. Площина входу в малий таз.

В. Площина широкої частини порожнини малого таза.

С. Площина вузької частини порожнини малого таза.

Д. Площина виходу малого таза.

Е. 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:

А. Площина входу в малий таз.

В. Площина широкої частини порожнини малого таза.

С. Площина вузької частини порожнини малого таза.

Д. Площина виходу малого таза.

Е. Провідна вісь таза.

6. При вимірі клейончастою сантиметровою стрічкою відстань від потиличної ямки до середини переднього джерельця дитини склало 32 см.

Якому розмірові відповідає зазначена окружність?

А. Прямому.

В. Великому косому.

С. Малому косому.

D. Великому поперечному.

E. Вертикальному.

7. До першого поверху м'язів тазового дна відносяться:

A. m. transversus perinei superficialis.

B. m. levator ani.

C. m. transversus perinei profundus.

D. m. sphincter urethrae.

E. Нічого з перерахованого вище.

8. До третього поверху м'язів тазового дна відносяться:

A. m. transversus perinei superficialis.

B. m. levator ani.

C. m. transversus perinei profundus.

D. m. sphincter urethrae.

E. Нічого з перерахованого вище.

9. При постановці вагітної на облік виробляється оцінка таза на підставі його виміру. Назвіть структурні утворення, між якими визначається зовнішня кон'югата:

A. Середина нижнього краю симфізу і верхівка куприка.

B. Внутрішні поверхні сідничних бугрів.

C. Середина верхне-наружного краю симфізу і надкрижової ямки.

D. Середина верхне-наружного краю симфізу і верхівка куприка.

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №11. Жіночий таз. Плід

E. Середина нижнього краю симфізу і надкрижової ямки.

10. При постановці вагітної на облік виробляється оцінка таза на підставі його виміру. Назвіть структурні 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.

Вірні відповіді:

1 – B; 2 – D; 3 – D, 4 – A; 5 – C; 6 – C; 7 – A; 8 – B; 9 – C; 10 – C.

Інтерактивне завдання

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

I підгрупа – провести зовнішню пельвіометрію.

II підгрупа – провести вимірювання індексу Соловйова, ромба Міхаеліса.

III підгрупа – оцінити розміри тазів, встановити розміри істинної кон'югати.

Нетипова задача

У вагітної 20 років при відвідуванні жіночій консультації було проведено зовнішню та внутрішню пельвіометрію. Розміри тазу становлять 23-26-29-17,5 см, діагональна кон'югата - 11,5см.

Окружність лучезап'ястного суглоба – 13 см, окружність живота – 100 см, висота стояння дна матки – 34 см.

Завдання

1. Чому дорівнює величина істинної (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова)? Розрахуйте 2-ома способами.
2. Встановіть передбачувану масу плода.

Відповідь:

1. Величина істинної (акушерської) кон'югати дорівнює:

1 спосіб: $17,5 - 8 = 9,5$ (см);

2 спосіб: $11,5 - 1,5 = 10$ (см).

2. Передбачувана маса плода – $3,400 \pm 200,0$ г.

Нетипова задача:

У вагітної 26 років при постановці на облік у жіночій консультації розміри ромбу Міхаеліса становлять 10 та 9 см. Діагональна кон'югата – 12 см.

Окружність лучезап'ястного суглоба – 13 см.

Завдання

1. Чому дорівнює величина істинної (акушерської) кон'югати (з урахуванням індексу Соловйова)? Розрахуйте 2-ома способами.

Відповідь:

1. Величина істинної (акушерської) кон'югати дорівнює:

1 спосіб: $10 + 9 = 19$ (см) – наружна кон'югата. $19 - 8 = 11$ (см). – істинна кон'югата

2 способ: $12 - 1,5 = 10,5(\text{см})$.

3. **Формування професійних вмінь та практичних навичок** *(за наявності)*

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок. Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо

проведення зовнішньої та внутрішньої пельвіометрії, вимірювання ромба Міхаеліса, визначення істинної кон'югати.

Проводиться опанування методом вимірювання додаткових розмірів тазу.

Алгоритм проведення пельвіометрії (зовнішня, внутрішня)

Мета: оцінити на підставі вимірювання розмірів великого таза форму і розміри малого тазу.

Матеріальне забезпечення: кушетка, тазомер, сантиметрова стрічка.

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 ($D.spinarum = 25-26 \text{ см}$);
- перекласти гудзики обох гілок тазоміру на найбільш віддалені точки гребенів клубових кісток ($D.cristarum = 28 - 29 \text{ см}$);
- встановити тазомір на великих вертлюгах стегнових кісток ($D.trohanterica = 31 - 32 \text{ см}$);
- 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) ($C. externa = 20 - 21 \text{ см}$);
- виміряти окружність лучезапястного суглоба сантиметровою стрічкою.

Провести внутрішню пельвіометрію:

- 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 ($C. diagonalis \geq 12,5 - 13\text{см}$);
- зняти рукавички, занурити в дезрозчин.
- Обчислити величину істинної кон'югати $C.vera = C. externa - 9 \text{ см}$. $C.vera = C.$
- $diagonalis - 1.5-2 \text{ см}$

Протоколи стандарти, нормативні матеріали:

Клінічна настанова, заснована на доказах «Нормальна вагітність». Наказ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 09.08.2022 № 1437, яким затверджено Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» .

Відеоматеріал — учбовий фільм «Методи обстеження вагітних».

Основні розміри таза

Поперечні розміри:

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

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

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

Прямий розмір:

Conjugata externa (зовнішня кон'югата) — відстань від середини верхньозовнішнього краю симфізу до надкрижової ямки - 20 см. Жінку кладуть 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 хребців.

Мал. Вимірювання поперечних розмірів таза:

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

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

Додаткові розміри таза

1.2. Додаткові розміри таза

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.

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.

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; 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.

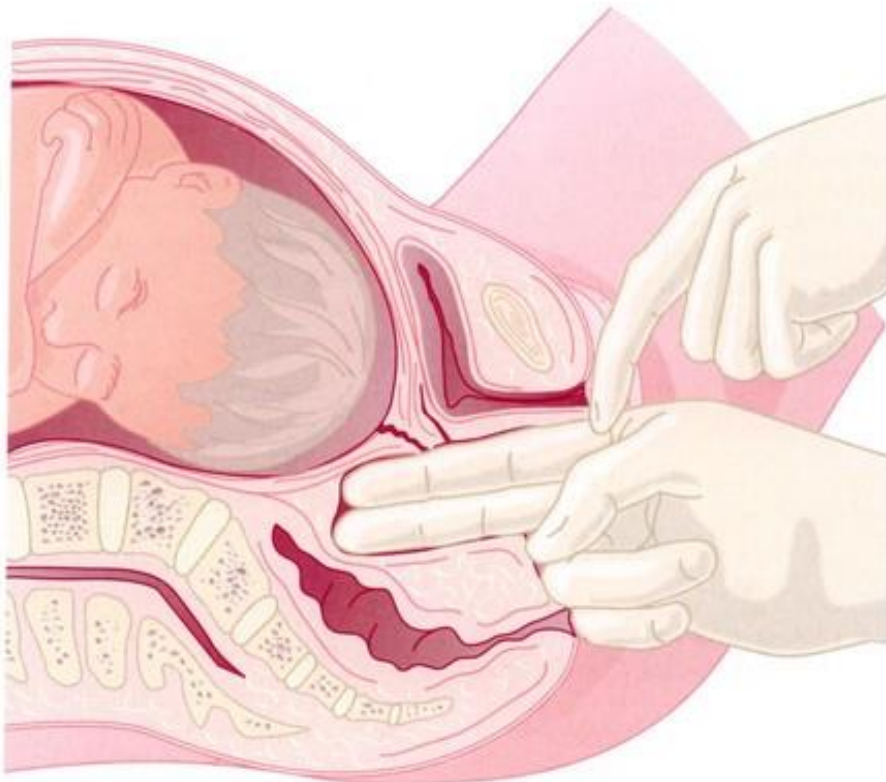
8) Ромб Міхаеліса обмежений чотирма точками:

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

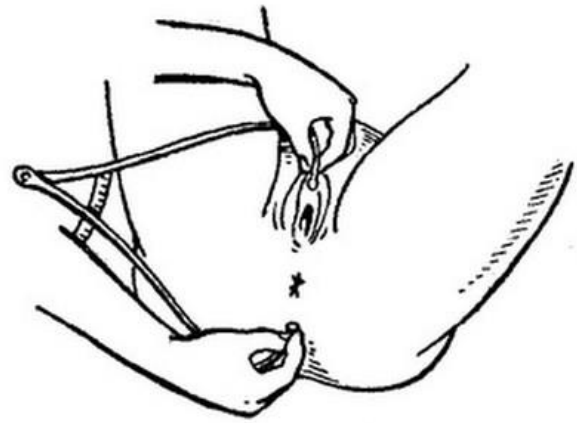
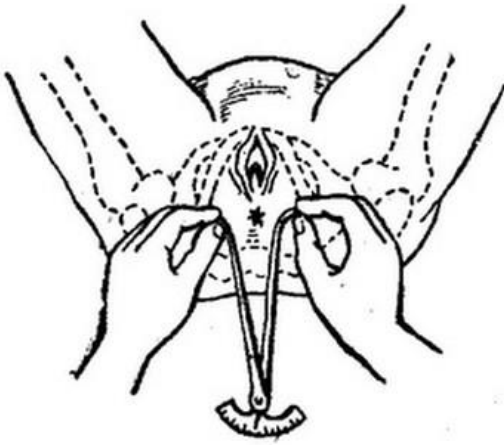
При нормальних будові і розмірах таза ромб має правильну форму. Вертикальний розмір становить 11 см (що відповідає розміру справжньої кон'югати в нормі), поперечний — 9-10 см.

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

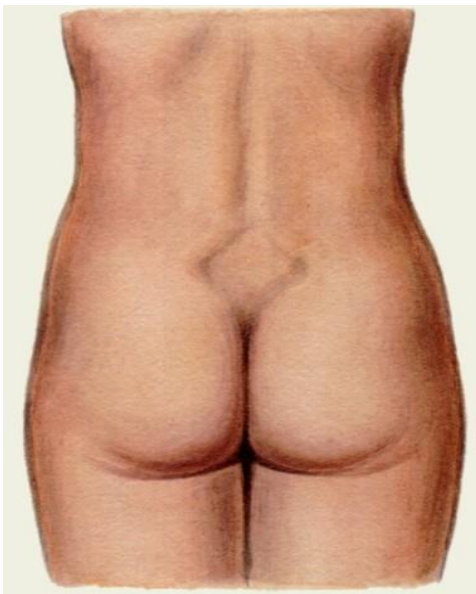
9) Діагональна кон'югата - відстань від нижнього краю лобкового симфізу до крижового мису. В нормі 12,5-13 см. Вимірюється під час вагінального дослідження. Якщо мис не досягається, то вважають, що діагональна кон'югата нормальна. При введенні в вагіну вказівний та середній пальці рухаються крижовою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



Мал. Вимірювання діагональної кон'югати.



Мал. Вимірювання розмірів площини виходу малого таза.



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

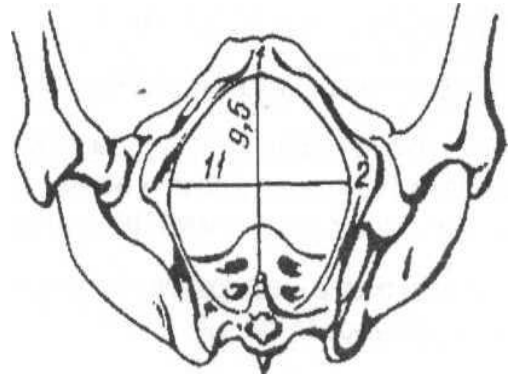
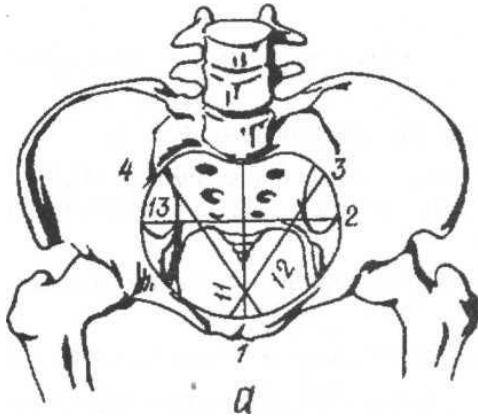
Площини малого таза та їх розміри

Порожниною малого таза є простір між його стінками, який зверху та знизу обмежений площинами входу та виходу таза. Вона має вигляд циліндру, який усічений спереду назад так, що передня частина (яка звернена до лона) майже в 3 рази нижче задньої (яка звернена до крижової кістки).

В порожнині малого таза розрізняють чотири площини: входу, широкої та вузької частин і виходу.

Площина входу в малий таз обмежена ззаду мисом крижової кістки, з боків - пограничними (дугоподібними) лініями клубових кісток, спереду - верхнім краєм лобкової кістки та симфізу.

Розрізняють чотири розміри. (Мал.)



Мал. Розміри площин малого таза

(1 - прямий; 2 - поперечний; 3, 4- правий і лівий косий): а - площина входу в малий таз, б - площина виходу з малого тазу (розміри наведено у сантиметрах)

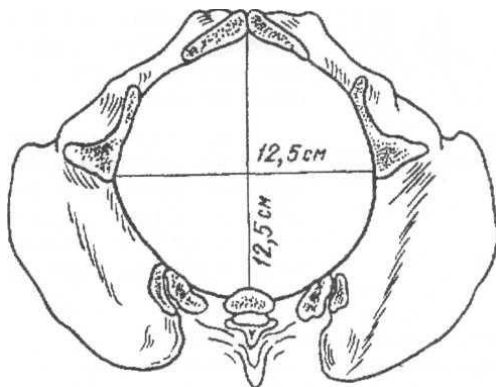
Прямий розмір - відстань від мису крижової кістки до найбільш виступаючої точки верхньо-внутрішнього краю симфізу, вона називається також *істинною, або акушерською кон'югатою (conjugata vera)*, дорівнює 11 см. Розрізняють також анатомічну кон'югату (*conjugata anatomica*) - відстань від мису крижової кістки до верхнього краю симфізу, вона на 0.3 см більша від акушерської.

Поперечний розмір - відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток (*linea innominata*); дорівнює 13 см.

Косий розмір (лівий і правий) - відстань від лівого крижово-клубового зчленування (*articulatio sacroiliaca*) до правого клубово-лобкового вивищення (*eminentia ileopubica*) і навпаки; дорівнює 12 см.

Площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків – серединою кульшових западин, спереду – серединою внутрішньої поверхні симфізу.

У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри - прямий і поперечний.



Мал. Розміри площини широкої частини малого таза

(прямий - від середини внутрішньої поверхні симфізу до рівня з'єднання II і III крижових

хребців; поперечний - між серединами кульшових западин). Прямий розмір - від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні симфізу; дорівнює 12,5 см.

Поперечний розмір - між серединами кульшових западин; дорівнює 12,5 см.

Площина вузької частини малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду — крижово-куприковим з'єднанням, з боків — остями сідничних кісток.

Розрізняють два розміри площини вузької частини малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір - від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.

Поперечний розмір - між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток; дорівнює 10,5 см.

Площина виходу з малого таза обмежена спереду нижнім краєм симфізу, ззаду — верхівкою куприка, з боків — внутрішніми поверхнями сідничних бугрів.

Розміри площини виходу з малого таза: прямий і поперечний.

Прямий розмір - це відстань від середини нижнього краю симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5 см назад і прямий розмір збільшується до 11 см).

Поперечний розмір - відстань між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів, дорівнює 11 см.

Розміри виходу з малого таза можуть бути виміряні безпосередньо. Для цього вагітну укладають на спину, ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, розведені в сторони і підтягнуті до живота. Вимірювання виконують сантиметровою стрічкою або спеціальним тазоміром.

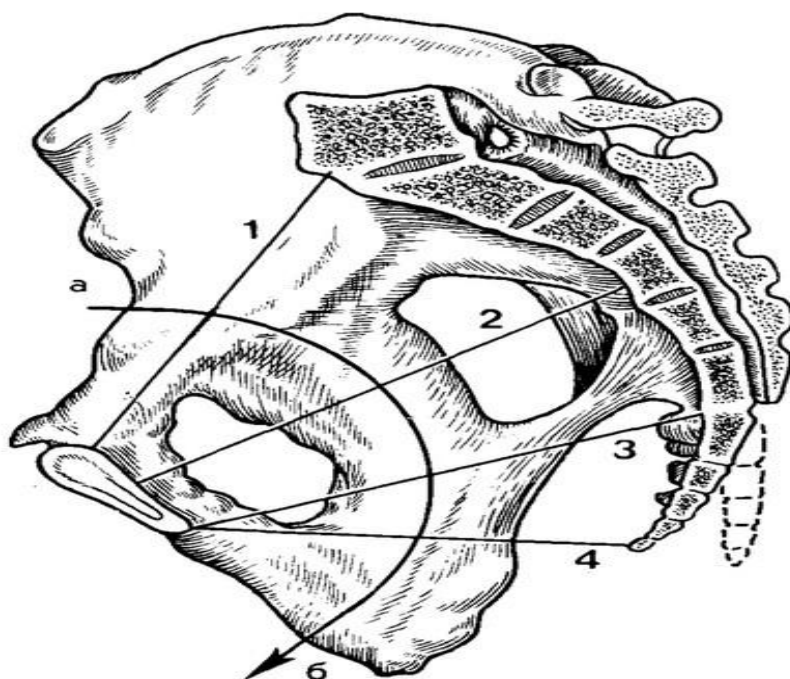
Прямий розмір вимірюється між наведеними вище орієнтирами. При вимірюванні поперечного розміру треба до одержаного відстані між внутрішніми поверхнями сідничних бугрів (9,5 см) додати 1,5 см, враховуючи товщину м'яких тканин.

Провідна вісь таза - умовна лінія котра з'єднує середини прямих розмірів площин таза.

Кут нахилу таза - кут між площиною входу в малий таз та горизонтальною поверхнею.

У вертикальному положенні коливається від 45 до 55 °. Якщо у горизонтальному положенні жінка максимально приведе ноги зігнуті в колінних суглобах до живота кут зменшиться. Кут збільшиться, якщо підкласти під попереки валик або жорстку подушку.

Мал. Кут нахилу таза.



Мал. Провідна вісь таза.

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.

Приклад 1.

Яка величина істинної кон'югати, якщо зовнішня кон'югата - 20 см, а індекс Солов'єва - 15 см? Визначення. Від зовнішньої кон'югати - 20 см віднімають 9 см. Істинна кон'югата становить 11 см.

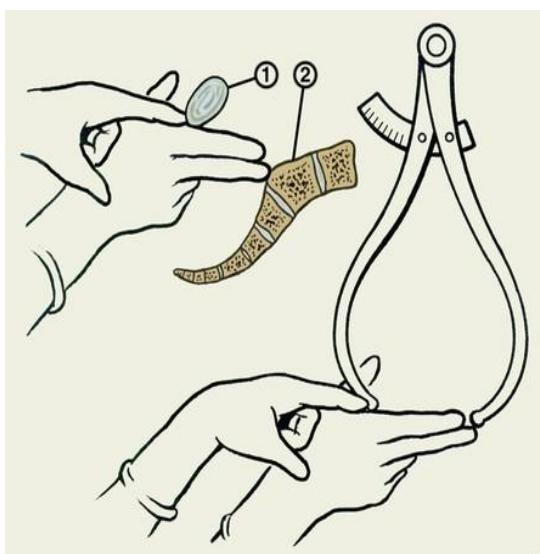
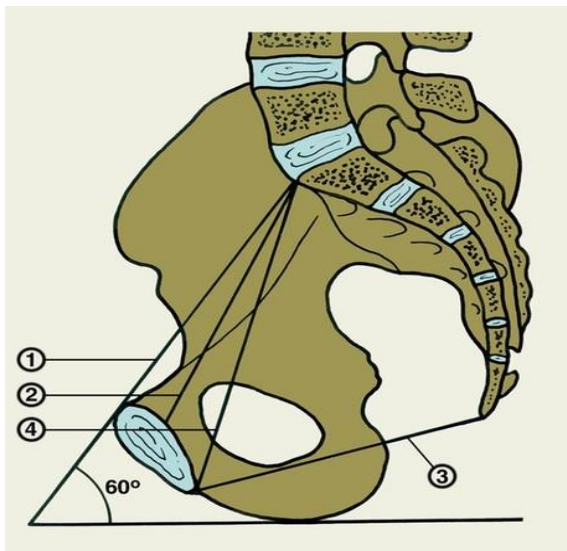
2 спосіб. За величиною діагональної кон'югати.

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.

Приклад 2.

Яка величина істинної кон'югати, якщо діагональна кон'югата - 10 см, а індекс Солов'єва - 15 см? Визначення. Від діагональної кон'югати - 10 см віднімають 1,5 см. Істинна кон'югата становить 8,5 см.



Мал. Прямі розміри таза.

кон'югати:

1 - лобковий симфіз, 2 - крижовий мис.

1 - площина входу в малий таз,

2 - акушерська кон'югата,

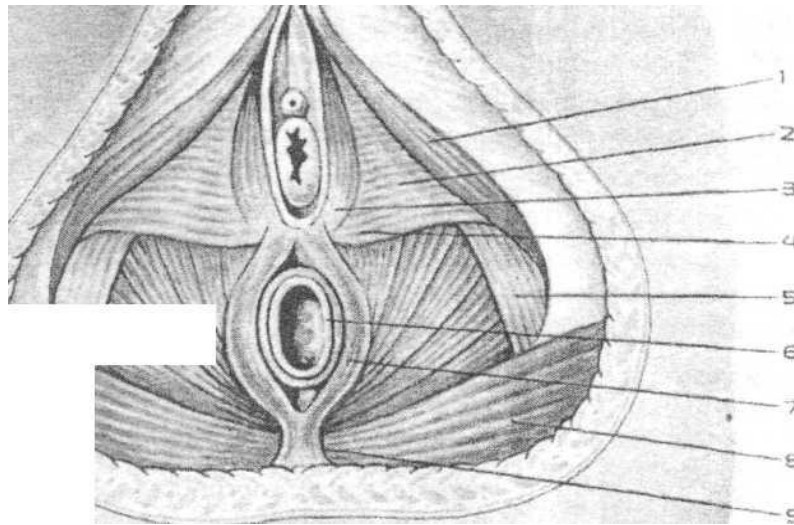
3 - прямий розмір площини виходу малого таза, 4 - діагональна кон'югата.

Мал. Вимірювання діагональної

Жіноча промежина

Промежина (perineum) утворює дно таза, закриваючи вихід з нього. В акушерстві поняття промежини більш вузьке ніж в анатомії, зокрема промежиною називають проміжок між задньою спайкою статевих губів і переднім краєм заднього проходу.

В утворенні дна малого таза приймає участь дві діафрагми - тазова і сечостатева. М'язи тазового дна складаються з трьох шарів.



Мал. М'язи жіночої промежини:

1 - сіднично-печеристий м'яз; 2 - сечово-статева діафрагма; 3 - цибулино-губчастий м'яз; 4 -поверхневий поперечний м'яз промежини; 5 - внутрішній затульний м'яз; 6 - пряма кишка; 7 -зовнішній сфінктер заднього проходу; 8 - великий сідничний м'яз; 9 — задньопрохідно-куприкова зв'язка

Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи: сіднично-печеристий (*m. ischiocavernosus*) - починається від сідничного бугра і влітається в тканини клітора; цибулино-губчастий (*m. bulbospongiosus*) - починається від сухожильного центру промежини і прикріплюється до стінок піхви; зовнішній м'яз, що стискає задній прохід (*m. sphincter ani externum*) - починається в ділянці верхівки куприка, охоплює задньопрохідний отвір і влітається в сухожильний центр промежини; поверхневий поперечний м'яз промежини (*m. transverses perinei superficialis*) -починається від сідничного бугра і закінчується у сухожильному центрі промежини

Середній шар м'язів тазового дна складається з сечостатевої діафрагми, яка у вигляді трикутника розташована між лобковим зчленуванням, лобковими і сідничними кістками. Вона утворена м'язом, що стискає сечовивідний канал (*m. sphincter uretrae internum*) і глибоким поперечним м'язом промежини (*m. transverses perinei profundus*).

Внутрішній шар м'язів тазового дна називається діафрагмою таза. Це міцний парний м'яз, що піднімає задній прохід (*m. levator ani*), який складається з м'язових пучків: лобково-куприкового (*m. pubococcygeus*) та клубово-куприкового (*m. iliococcygeus*). Куприковий м'яз (*m. ischiococcygeus*) є рудиментарним, починається від сідничних остей і прикріплюється до нижніх хребців крижової кістки та куприка.

Плід як об'єкт пологів

Ознаки зрілості плода.

- Зріст зрілого плода більше 47 см.
- Маса тіла зрілого плода більше 2500 г.
- Пупкове кільце розташоване на середині між лоном та мечоподібним відростком.
- Шкіра рожева, здорова, розвинута. Сироподібна змазка знаходиться тільки в пахових та пахвинних складках шкіри.
- Нігті прикривають кінці фалангів пальців.
- Довжина волосся на голівці досягає 2 см.
- Хрящі вух і носа тугі.
- У хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Будова голівки зрілого плода

На голівці плода розрізняють шви:(лобний, стрілоподібний, вінцевий, ламбдоподібний) та тім'ячка (велике, мале і по два бічних з кожного боку).

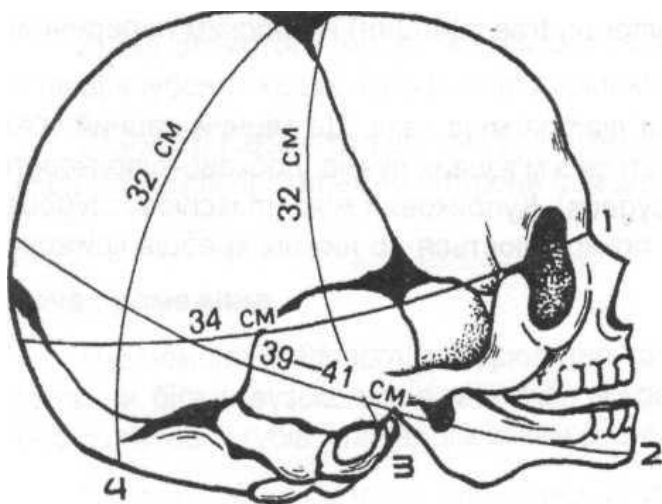
Велике тім'ячко (переднє) знаходиться між задніми частинами обох лобних та передніми частинами обох тім'яних кісток і являє собою сполучнотканинну пластинку ромбоподібної форми.

Мале тім'ячко (заднє) має форму трикутника і знаходиться між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличною. Велике і мале тім'ячко з'єднує стрілоподібний шов. (Мал.)

Бокові тім'ячка знаходяться: передні - між лобною та скроневою і клиноподібною кістками, заднє - між скроневою, тім'яною та потиличною кістками. У зрілого плода вони закриті.

Лобний шов знаходиться між лобними кістками, стрілоподібний (сагітальний) - між тім'яними. Вінцевий - між обома лобними та обома тім'яними, а ламбдоподібний - між двома тім'яними та потиличною кістками.

Мал. Череп новонародженого (вигляд згори): 1 - великий, 2 - малий поперечні розміри голівки



Мал. Окружності голівки новонародженої дитини відповідно до її розмірів: 1 - прямий, 2 — великий косий, 3 - вертикальний, 4 - малий косий розміри

На голівці плода розрізняють *розміри і відповідні їм обводи*: (Мал.)

- Прямий розмір (d. frontooccipitalis) від перенісся до найбільш виступаючої точки потилиці, дорівнює 12 см, обвід голівки сігсигтгїегепсія їгопіо-оссіріаііз дорівнює 35 см.
- Великий косий розмір (d. mentooccipitalis) від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці дорівнює 13,5 см. Відповідний йому обвід дорівнює 41 см.
- Малий косий розмір (d. suboccipito-bregmaticus) - від підпотиличної до середини великого тім'ячка дорівнює 9,5 см. Відповідний обвід дорівнює 32 см.
- Середній косий розмір (d. suboccipito-frontalis) від потиличної ямки до межі волосистої частини лоба дорівнює 10 см. Відповідний обвід дорівнює 33 см.
- Вертикальний розмір (d. sublingva-bregmaticus) від середини великого тім'ячка до під'язикової кістки дорівнює 9,5 см; обвід голівки при цьому дорівнює 33 с
- Великий поперечний розмір (d. biparietalis) між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків дорівнює 9,5 см.
- Малий поперечний розмір (d. bitemporalis) між найбільш віддаленими точками вінцевого шва дорівнює 8 см.
- Поперечник тазової ділянки (d. intertrochanterica) дорівнює 9,5 см. Відповідний обвід дорівнює 28 см.
- Поперечник плечового пояса (d. biacromialis) дорівнює 12 см. Обвід цього розміру 35 см.

Практичне заняття №12

Тема: «Фізіологія вагітності. Методи обстеження вагітних. Перинатальна охорона плода.»

Мета: Ознайомитись із розвитком наукових поглядів на перинатальну охорону плода, даними про фізіологічний перебіг вагітності, засвоїти основні методи обстеження вагітних жінок.

Основні поняття (перелік питань): Запліднення та розвиток плідного яйця. Плацента, її будова і функція. Критичні періоди розвитку ембріона і плода. Вплив шкідливих факторів на ембріон та плід. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності. Гігієна і харчування вагітної. Методи обстеження вагітної: діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності. Топографія плода у матці. Ведення фізіологічної вагітності. Гравідограма. Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції. Консультування в контексті ВІЛ-інфекції.

Поняття консультування та його етичні принципи. Навички консультування. Визначення допологової відпустки і дати пологів.

Вагітність є додатковим навантаженням на організм жінки. Для забезпечення життєдіяльності, росту і розвитку ембріона та плода в організмі матері відбуваються суттєві зміни, які стосуються практично всіх систем організму. Компенсаторні зміни в органах і системах організму вагітної призводять гомеостаз у стан нестійкої напруженої рівноваги. Порушення цієї рівноваги можуть спричинити зміни гомеостазу та реалізацію тієї чи іншої акушерської чи екстрагенітальної патології про що треба знати лікарям всіх спеціальностей.

План:

Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо):

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

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу

- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Запліднення та розвиток плідного яйця.
- Плацента, її будова і функція.
- Критичні періоди розвитку ембріона і плода.
- Вплив шкідливих факторів на ембріон та плід.
- Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
- Гігієна і харчування вагітної.
- Методи обстеження вагітної: діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності.
- Топографія плода у матці.
- Ведення фізіологічної вагітності. Гравідограма.
- Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції.
- Консультування в контексті ВІЛ-інфекції.
- Поняття консультування та його етичні принципи. Навички консультування.
- Визначення допологової відпустки і дати пологів.

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

Питання:

1. Основні етапи запліднення та розвитку плідного яйця,
2. Критичні періоди розвитку ембріона і плода, вплив шкідливих факторів на ембріон та плід,
3. Будова та функції плаценти,
4. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності
5. Принципи гігієни і раціонального харчування вагітної
6. Методи обстеження вагітної, зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження вагітних.
7. Принципи ведення фізіологічної вагітності.
8. Визначення топографії плода у матці.
9. Принципи ведення гравідограми.
10. Встановлення ранніх та пізніх термінів вагітності.
11. Визначення допологової відпустки і дати пологів.

12. Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції, етапи консультування в контексті ВІЛ-інфекції.

13. Психопрофілактична підготовка до пологів

Типові задачі:

Типова задача 1.

На прийом до лікаря жіночої консультації прийшла жінка зі скаргами на відсутність менструацій протягом 3-х місяців. Пацієнтку також турбує нудота, відраза до м'ясної їжі, буває одноразова блювота вранці. Вік 25 років, одружена, вагітностей не було. Менструації з 13 років, регулярні через 28 днів по 4-5 днів. При зборі анамнезу з'ясовано, що пацієнтка страждає хронічним тонзилітом, хронічним пієлонефритом. При огляді: пацієнтка правильної статури, задовільного харчування. Зріст 155 см, маса тіла 52 кг. Шкірні покриви і видимі слизові блідо - рожеві, чисті. Розміри тазу: 26-28-31-21 см. Індекс Соловйова 15 см. АТ 115/66 мм.рт.ст. Пульс 72 уд/хв. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. При бімануальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, відзначається ціаноз слизової шийки матки і піхви, піхва вузька, дно матки пальпується над лобковим симфізом, м'якої консистенції, при пальпації тонізується. Придатки не пальпуються. Виділення слизові.

Завдання

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

Відповідь:

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

Типова задача 2.

Першовагітна 26 років, прийшла на прийом в жіночу консультацію в терміні вагітності 39 - 40 тижнів. Скарг не пред'являє, відзначає відходження слизової пробки. Менструації з 14 років, регулярні, по 4 - 5 днів, через 26 - 28 днів. Статеве життя з 25 років, від вагітності не

оберігалася. Гінекологічних захворювань не було. Соматично здорова. Розміри таза 26 - 28 - 31 - 20 см. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 38 см, зріст 166 см, маса тіла 72 кг. Положення плода поздовжнє, пальпується об'ємна, неправильної форми, м'якої консистенції частина плода, що не балотує, притиснута до входу в малий таз. Спинка плода звернена вліво і вперед, праворуч пальпуються більш дрібні частини плода. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 ударів на хвилину, вислуховується зліва вище пупка. Піхве дослідження: зовнішні статеві органи без особливостей, піхва вузька, шийка матки щільна, довжиною 2 см, зовнішній зів пропускає кінчик пальця. Виділення слизові, в помірній кількості.

Завдання

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

Відповідь:

1. Вагітність I, 39 - 40 тижнів. Поздовжнє положенні, тазове передлежання, I позиція, передній вид.
2. Передбачувана вага плода: $100 \times 38 = 3800\text{г} \pm 200\text{г}$. Жінка, що народжує вперше, починає відчувати ворухіння плоду в 20 тижнів вагітності; жінка, що народжує вдруге - в 18 тижнів.

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

Оволодіти та удосконалити навички:

- оцінити скарги жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю,
 - зовнішнє акушерське обстеження (прийоми Леопольда),
 - аускультация серцебиття плода,
 - вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки,
 - визначення передбачуваної маси плода,
 - визначення терміну вагітності,
 - визначення передбачуваного терміну пологів, допологової відпустки
 - внутрішнє акушерське дослідження,
- = вимірювання діагональної кон'югати (на фантомі)
- консультування в контексті ВІЛ-інфекції.

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання 2.

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання: \

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення вагітної.

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

Нетипова задача 1.

1. На прийом до лікаря жіночої консультації звернулася жінка 37 років зі скаргами на відсутність менструації протягом 3,5 місяців, набухання і болючість молочних залоз, підвищення апетиту. Менструації з 13 років, встановилися відразу, по 3-4 дні, через 21 день, безболісні, в значній кількості. Останні три роки менструації не регулярні, відзначає затримки на 1,5 - 2 місяці, до лікаря не зверталася. Статеве життя з 19 років. В анамнезі два самовільних викидня в термінах 8-9 і 14-15 тижнів і одні передчасні пологи в 35-36 тижнів, без ускладнень. На момент огляду: пацієнтка правильної статури, помірного харчування. Шкірні покриви і видимі слизові звичайного окрасу, чисті. АТ 120/80 мм.рт.ст. на обох руках, пульс 76 ударів на хвилину, задовільних властивостей. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Експрес - тест на вагітність позитивний. При піхвовому дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, слизова піхви і шийки матки ціанотична, тіло матки в гіперантефлексії, перешийок розм'якшений, дно пальпується посередині між пупком і лобковим симфізом, при пальпації матка тонізується. Придатки не пальпуються, склепіння вільні. Виділення слизові, у незначній кількості.

Завдання

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

Відповідь:

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

або за показаннями). Жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до груп високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

Нетипова задача 2.

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

Завдання:

1. Діагноз. Вкажіть достовірні ознаки, що підтверджують вагітність.
2. Скільки разів і в які терміни необхідно проводити УЗД при нормальному перебігу вагітності?
3. В якому терміні вагітності оформляється допологова декретна відпустка? Яка її тривалість?

Відповідь:

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

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

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в

учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок. Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо визначення положення плода в матці (повздовжнє, поперечне), визначення передлеглої частини плоду (потиличне, тазове передлежання). Обговорюється необхідність вміти визначати пізні терміни вагітності по зовнішніх ознаках – висоті стояння дна матки (формула Гаазе). Проводиться опанування методом вислуховування серцебиття плода акушерським стетоскопом.

Протоколи стандарти, нормативні матеріали:

1. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"
2. Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"
3. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
4. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

Відеоматеріал – учбовий фільм «Фізіологія вагітності».

Методи обстеження вагітної: діагностика ранніх та пізніх термінів вагітності.

Ознаки вагітності: ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

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

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

Імовірні ознаки

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

До імовірних ознак також відносять дані гінекологічного обстеження: огляду зовнішніх статевих органів, огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального гінекологічного обстеження.

При цьому можна спостерігати розпушення і ціаноз присінку вагіни, самої вагіни і шийки матки; збільшення і розм'якшення матки, зміну її форми; підвищення скоротливої здатності матки (короткочасне ущільнення розм'якшеної матки).

Із ознак, які спостерігаються при дослідженні вагітної матки, найважливішими є такі.

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

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

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

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

До імовірних ознак вагітності належать імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі чи в плазмі крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ). ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою. Цей гормон складається з альфа-та бета-субодиниць. Виділення починається з 7-8 дня після запліднення, тому лабораторна діагностика можлива після цього строку. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону, оскільки метод має поріг чутливості. Визначення бета-ХГЛ в плазмі є більш достовірним. Треба підкреслити, що хоча ХГЛ продукується трофобластом, реакція належить лише до імовірних ознак, тому що при такому патологічному стані, як хоріонепітеліома, також спостерігаються позитивні реакції на ХГЛ. Крім того, після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7-10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) – 2-4 місяці. Нижня межа чутливості методу – 5 МО/л.

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

Це такі ознаки:

- ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна);

- вислуховування серцевих тонів плода;
- розташування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок);
- визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

Необхідно звернути увагу на те, що застосування кольорового імпульсного Доплера заборонено до закінчення критичного періода органогенезу. Це пов'язане з тим, що використання новітніх доплеровських технологій при трансвагінальних ехографіях у строки вагітності до 10 тижнів має потенційну загрозу тератогенного термічного ефекту внаслідок нагрівання ембріона.

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

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

Встановлення строку вагітності та пологів.

При встановленні строку вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації. Зважаючи на труднощі визначення строку запліднення, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад: вагітність 8-9 тижнів). Більш достовірно строк вагітності визначається на підставі вимірювання параметрів ембріона і плода методом ультразвукового дослідження.

Середня тривалість вагітності 280 днів, або 40 тижнів, або 9 календарних місяців, або 10 акушерських місяців (акушерський місяць дорівнює 28 дням). Визначити ймовірний термін вагітності та майбутніх пологів можна наступними способами:

За формулою Негеле: від першого дня останньої менструації відраховують 3 місяці назад і додають до отриманої дати 7 днів.

За овуляцією: від першого дня менструації, яка очікувалась, але не настала, відраховують назад 14-16 днів і до одержаної дати додають 273-274 дні.

За першим ворухінням плода:

— у першовагітної до дати першого руху додають 5 акушерських місяців і одержують дату пологів;

— у повторновагітної до дати першого руху додають 5,5 акушерських місяців і одержують дату пологів.

Визначення гестаційного віку плода за даними УЗД – не достатньо точний критерій у прогнозуванні дати пологів. Найбільш точні дані можна отримати між 14-м і 17-м тижнями—помилка складає плюс-мінус тиждень. УЗД використовується також для

підтвердження або спростування розрахункових цифр, особливо якщо вони сильно різняться із спостереженнями лікаря при огляді.

Визначити термін вагітності допомагають також дані акушерсько-гінекологічного дослідження.

Топографія плода у матці.

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

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

Положення плода (situs) - відношення осі плода до осі (длиннику) матки. Вісь плода - лінія, що проходить по спинці від потилиці до куприка.

Варіанти положення плода:

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

Позиція плода (positio) - відношення спинки плода до лівої (перша позиція) або до правої (друга позиція) стороні матки при поздовжньому положенні. При поперечнім і косім положенні плода позицію визначають по відношенню голівки плода до правої або лівій стороні матки (перша позиція - голівка в лівій стінки матки, друга - у правої).

Вид позиції плода (visus) - відношення спинки плода до передньої й задньої стінки матки:

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

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

Розташування плода в порожнині матки.

Великий сегмент голівки плода. Під великим сегментом голівки умовно мають на увазі окружність найбільшого розміру голівки, яким вона проходить через площини малого таза при данному її вставленні. При потиличному передлежанні переднього виду, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косого розміру. При розгинальному вставленні голівки великий сегмент буде іншим (в залежності від ступеня розгинання).

Малий сегмент голівки плода. Під малим сегментом голівки умовно мають на увазі меншу за великий сегмент частину голівки, якою вона проходить через площини малого таза.

Зовнішнє акушерське обстеження

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 і членорозташування плода. Обидві долоні переміщують з дна матки і по чергово, то правою, то лівою рукою пальпують частини плода, звернені до бічних стінок матки. При цьому знаходять спинку плода, дрібні частини. При неправильному положенні до однієї з бокових стінок матки прилежить голівка.

Третій прийом. Мета - визначити характер передлеглої частини плода (передлежання). Однією рукою, звичайно правою, що лежить трохи вище від лобка, охоплюють передлежачу частину плода, після чого обережно роблять рухи цією рукою вправо і вліво. При головному передлежанні визначається щільна, куляста частина, що має чіткі контури. Якщо голівка плода ще не вставилася в площину входу до малого таза, вона легко переміщується ("балотує") між великим і рештою пальців. При тазовому передлежанні визначається об'ємна, м'якувата частина, вона не кругла за формою і 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, обидві 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.

Методом зовнішнього дослідження IV прийомом Леопольда отримують такі дані:

Голівка рухома над входом в малий таз - якщо пальці рук можна підвести під голівку

Голівка притиснена до входу в малий таз - кінці пальців рук не сходяться під голівкою, проте потилиця і вся лицева частина пальпується 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 у малий таз, а лицева виступає на два-три пальці

Голівка у порожнині таза - пропальповується лише підборіддя або зовсім не визначається частини голівки плода.

До зовнішніх методів дослідження належить *вимірювання зовнішніх розмірів тазу*.

Проводиться при першому огляді вагітної в жіночій консультації і в пологовому будинку.

При необхідності вимірювання тазу повторюють в пологах.

Вимірювання обводу живота та висоти стояння дна матки.

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

Висота стояння дна матки (ВДМ) вимірюють сантиметровою стрічкою від верхнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки дна матки. Результати вимірювання ВДМ порівнюють з стандартною гравідіаграмою (в нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. - 0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2 - 3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити затримку росту плода).

Розрахування передбачуваної маси плода.

Передбачувану масу плода (МП) орієнтовно вираховують за наступною формулою:

$МП (г) = ОЖ \times ВДМ \pm 200,0$. Більш достовірно масу плода визначають методом ультразвукового дослідження.

Визначення терміну отримання допологової відпустки (ознаки 30-тижневої вагітності)

1. дно матки знаходиться на середині між пупком і мечоподібним відростком;
2. висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою 25-28 см (у середньому 26 см); обвід живота - 83-85 см.
3. голівка плоду в першовагітних рухлива над входом у малий таз;
4. піхвова частина шийки матки не скорочена;

5. результати ультразвукового виміру: біпаріетальний розмір голівки плоду в середньому 75-76 мм; середній діаметр грудної клітини - 77-78 мм; середній діаметр живота - 79-80 мм; довжина стегна - 57-58 мм.

Внутрішнє акушерське дослідження

При фізіологічному перебігу вагітності внутрішнє (вагінальне) акушерське дослідження виконується при першому огляді пацієнтки в жіночій консультації в ранніх термінах вагітності та в останні тижні для з'ясування ступеня зрілості шийки матки.

В разі наявності показань внутрішнє дослідження виконується в будь-якому терміні вагітності.

До піхвового дослідження звертається увага на: обробку рук лікаря, вульви та передсінка піхви вагітної (роділлі); на положення жінки при піхвовому дослідженні; показання до піхвового дослідження.

Внутрішнє акушерське дослідження надає інформацію про особливості м'яких тканин пологового каналу (еластичність, здатність до розтягнення, а щодо шийки матки - про форму, довжину, ступінь розкриття), плодовий міхур, передлеглу частину, розміщення основних її орієнтирів відносно таза, про кістковий таз (екзостози, деформації, досяжність мису).

Послідовність внутрішнього акушерського дослідження:

- Огляд зовнішніх статевих органів, їх розвиток
- Визначення ширини входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура
- Визначення форми та глибини склепінь
- Положення піхвової частини шийки матки, її форма, величина, консистенція, наявність рубців та розривів, стан внутрішнього та зовнішнього зіву
- Визначення ємкості таза, наявності екзостозів і величини діагональної кон'югати
- Характер піхвових виділень.

При піхвовому дослідженні визначається *ступінь "зрілості" шийки матки*.

Розрізняють наступні поняття: шийка матки незріла, недостатньо зріла або зріла.

Для визначення готовності організму жінки до пологів за даними ступеня "зрілості" шийки матки оцінюється консистенція шийки матки, довжина її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бішоп .

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

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

0-2 бала - шийка «незріла»

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

Ведення фізіологічної вагітності.

Стандартне обстеження жінок під час вагітності.

- Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)
- Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів, вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ (при постановці на облік).
- Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання маси тіла (всім вагітним при кожному візиті); огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен; аускультация ЧСС плода (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).
- Внутрішнє обстеження (в дзеркалах та бімануальне дослідження) (при постановці на облік).
- Мазок на цитологічне дослідження (при постановці на облік).
- Мазок на флору (при постановці на облік за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).

Лабораторні обстеження:

- - загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білку (при постановці на облік і при кожному відвідуванні);
- - посів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);
- - визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);
- - аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові (при постановці на облік та у 28 тижнів).

- - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);
- - серологічне обстеження на сифіліс (перше при постановці на облік, друге - у 29 тижнів вагітності);
- - тест на наявність HbsAg (при постановці на облік);
- - двогодинний тест толерантності до глюкози (всім вагітним у 25-26 тижнів).
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 28-30 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах
- УЗ-обстеження: Перше - в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності; Друге - в терміні вагітності 18-21 тиждень. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.).
- Біохімічний скринінг I триместру в терміні вагітності від 11 тиж.+1 день – 13 тижнів+6 днів вагітності (РАРР-А, вільний β-ХГ); II триместру у терміні 16-20 тижнів (АФП + вільний β-ХГ (double-test), або (АФП + вільний β-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді – всім або за показаннями). Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до групи високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП.

Astraia (Астрая) – це сучасна міжнародна система пренатального скринінгу, що використовує сертифікований програмний модуль та обладнання для оцінки ризику хромосомних аномалій у плода. Вона поєднує УЗД плода з біохімічним аналізом крові (ХГЛ та РАРР-А) та враховує дані анамнезу матері. Програма дозволяє виявити ризик розвитку синдрому Дауна, Патау, Едвардса, а також прогнозує ризик ускладнень, таких як прееклампсія та синдром затримки росту плода, що дозволяє своєчасно розпочати профілактичні заходи.

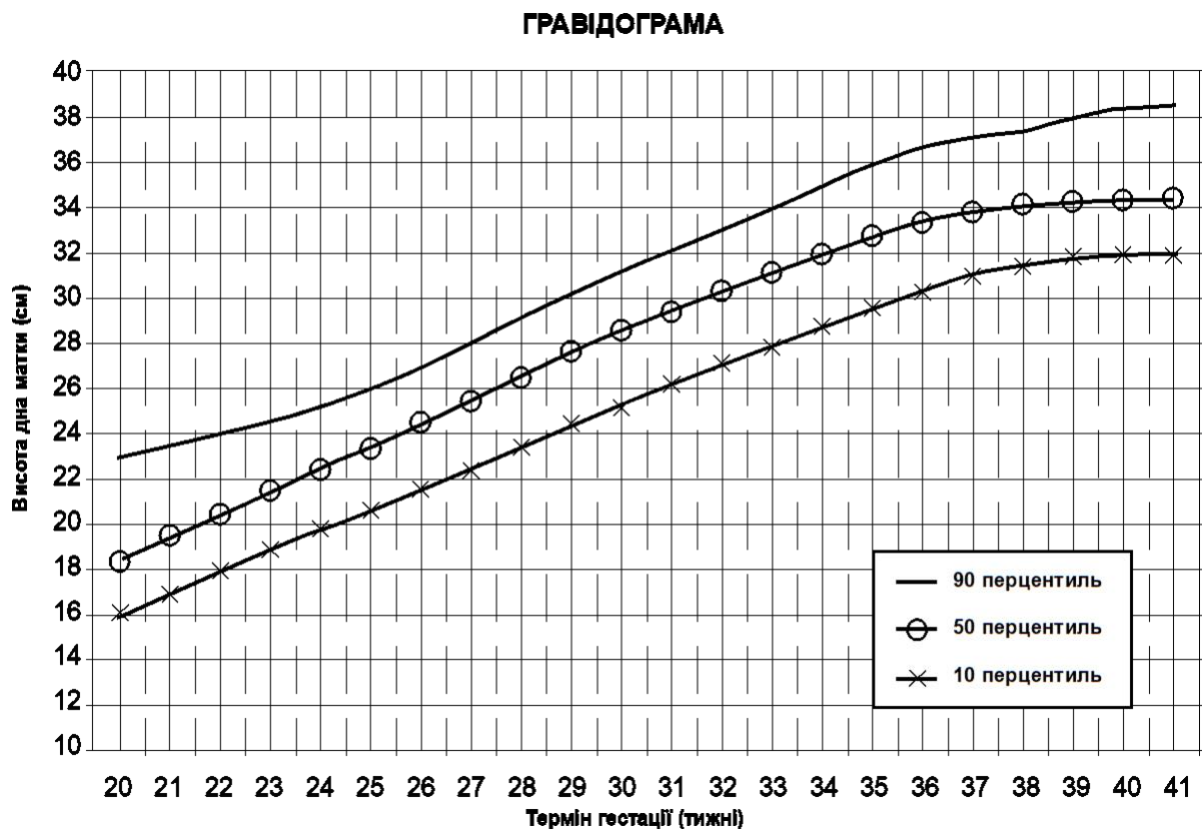
Перинатальна охорона плода.

Перинатологія - наука, яка вивчає перинатальний період (від грецького слова "peri" - навколо, і латинського "natus" - народження).

Терміном перинатальний період поєднують пізній фетальний період (з 22- й тижня

внутрішньоутробного розвитку й до початку пологів), интранатальний (під час пологів) і ранній неонатальний (від народження до 6-х доби включно). Захворювання, що виникають у перинатальному періоді, називають перинатальною патологією. Як правило, прояву цих захворювань тривають і в дітей більш старшого віку, особливо в пізньому неонатальному періоді (до 28 доби включно).

Пренатальна діагностика в основному спрямована на виявлення вродженої й спадкової патології. Перинатальна охорона плода повинна починатися не з моменту народження дитини й навіть не з моменту настання вагітності, а набагато раніше. Вона повинна починатися з моменту народження дівчинки, яку необхідно розглядати як потенційну матір.



Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції:

Непрямі методи діагностики ВІЛ

Імуноферментний аналіз

Основний метод лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції в Україні - це виявлення антитіл до ВІЛ імуноферментним аналізом (ІФА), що проводиться як скринінгове дослідження, із подальшим підтвердженням позитивного результату визначенням антитіл до окремих

протеїнів ВІЛ (імуниім блотом) чи за допомогою постановки ІФА з використанням тест-систем, що відрізняються між собою за складом антигенів.

При отриманні позитивного результату в первинному тестуванні ІФА цей же зразок сироватки крові досліджується вдруге. При одержанні хоча б одного позитивного результату той же зразок сироватки крові досліджують підтверджуючими тестами: імуниім блотом або двома додатковими ІФА тест-системами іншого антигенного препарату (що відрізняються між собою за складом антигенів) та/або іншого принципу аналізу. Негативний результат двох послідовних ІФА іншими тест-системами свідчить про те, що перший результат був хибнопозитивний.

Імуниім блот

Імуниім блот (ІБ) є основним підтверджуючим тестом позитивного результату дослідження антитіл в ІФА. Цей метод дозволяє визначити антитіла до окремих протеїнів ВІЛ на основі їхнього розподілу за молекулярною масою.

При негативному результаті ІФА, відсутності клінічних ознак ВІЛ-інфекції та вказівок в анамнезі на можливість інфікування протягом попередніх 3 місяців діагноз ВІЛ-інфекції виключають. Дослідження необхідно повторити за підозри на можливість наявності у хворого періоду серонегативного вікна.

Прямі методи діагностики ВІЛ

За допомогою вірусологічних методів діагноз ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, може бути встановлений у більшості випадків уже у віці 1 місяць і практично в усіх ВІЛ-інфікованих дітей у віці 3 - 6 місяців. Позитивні вірусологічні тести (культура ВІЛ, визначення провірусної ДНК або РНК ВІЛ за допомогою полімеразної ланцюгової реакції) вказують на можливе інфікування ВІЛ і мають бути підтверджені вірусологічним дослідженням іншого зразка крові.

Виділення ВІЛ у культурі клітин

Визначення генетичного матеріалу ВІЛ

- *Визначення провірусної ДНК методом ПЛР*
- *Визначення вірусної РНК методом ПЛР*
- *Визначення вірусного навантаження*

Визначення кількості CD4⁺-Т-лімфоцитів

Визначення кількості CD4⁺-Т-лімфоцитів дозволяє оцінити стан імуної системи й уточнити стадію ВІЛ-інфекції.

Швидкі тести (згідно наказу МОЗ України, 09.06.2003 N 255 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на

антитіла до ВІЛ, облікової форми N 498/о та інструкції щодо її заповнення») для виявлення антитіл до ВІЛ - це діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати результат протягом кількох хвилин без використання спеціального обладнання для проведення імуноферментного аналізу (ІФА). Матеріалом для дослідження є зразки цільної крові, сироватки або плазми крові.

Консультування в контексті ВІЛ-інфекції.

Згідно з наказом МОЗ України від 03.06.2025 № 916 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»" проводиться консультування різних груп населення. Консультування є надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги: обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), опортуністичні інфекції та їх лікування, своєчасний початок антиретровірусної терапії (АРТ), профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ, послуг з планування сім'ї та всебічної підтримки (в тому числі за принципом "рівний-рівному").

ДКТ є ключовим компонентом програм профілактики та здійснення лікування і догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Принципи ДКТ:

- Добровільність.
- Конфіденційність
- Анонімність.
- Доступність та відсутність дискримінації.
- Достовірність та повнота інформації.
- Професійна та технічна досконалість
- Мобілізація ресурсів.

Передтестове консультування - це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Консультування може проводитись: для групи осіб (групове консультування/інформування); індивідуально.

Групове консультування/інформування (ГК/І) може проводитись у разі: якщо з'ясування власного ВІЛ-статусу для даної особи не є головною метою обстеження (особи, що обстежуються з метою отримання довідки, донори тощо); неможливості (в окремих випадках) здійснення індивідуального консультування (серед осіб, що групою звертаються за тестуванням на ВІЛ-інфекцію з метою отримання довідки, ув'язнених, донорів, під час проведення акцій тощо); недостатньої кількості консультантів.

ГК/І проводиться лише за усною згодою всіх осіб, залучених до консультації.

Метою цього консультування є надання інформації щодо:

- шляхів зараження ВІЛ, ризиків інфікування;
- методів та засобів захисту від інфікування;
- профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (при консультуванні вагітних);
- добровільності та конфіденційності тестування;
- порядку проходження тестування та отримання його результатів;
- мотивування до отримання індивідуальної консультації та проходження тестування;
- наслідків з'ясування ВІЛ-статусу з висвітленням правових аспектів;
- можливості отримання психо-соціальної підтримки та медичної допомоги.

Особливості та характеристики групової роботи:

- ГК/І не передбачає: проведення оцінки індивідуального ризику інфікування ВІЛ; з'ясування індивідуальних наслідків позитивного результату обстеження. Кожному пацієнту після групового консультування слід запропонувати індивідуальну консультацію до проходження тесту на ВІЛ;
- Групи повинні складатись з учасників, які мають спільну мету тестування на ВІЛ, наприклад, вагітні чи особи, що обстежуються з метою отримання довідки тощо; Інформація, що надається цій групі, повинна бути адаптована до її потреб;
- Усі учасники групи повинні домовитись про збереження конфіденційності особистої інформації, якщо така буде оприлюднена під час консультування кимось із осіб, що консультуються;
- Чисельність груп для ГК/І не повинна перевищувати 16 осіб;
- Заходи з групового інформування слід адаптувати до особливостей закладів та організацій, в яких воно проводиться.

Індивідуальне консультування.

Метою індивідуального передтестового консультування (крім вказаного вище) є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення ризику інфікування та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

- Консультант повинен тактовно пояснити причини, на підставі яких він задає ті чи інші питання, у тому числі інтимні, запевнити про конфіденційність інформації, отриманої ним під час консультування. Консультант повинен запевнити про конфіденційність результатів тесту.
- Консультування може бути поширене на подружжя, наречених, статевих партнерів, членів родини, друзів, колег тощо лише за згодою пацієнта.
- Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.
- За бажанням пацієнта ДКТ можуть бути проведені анонімно.
- Усі особи, яким пропонується пройти тестування, мають право відмовитися від нього.
- Консультанту потрібно надати інформацію усім особам, які звернулись за послугами ДКТ, в тому числі тим, хто відмовився від тестування, про:
 1. шляхи передачі ВІЛ;
 2. активну профілактику ВІЛ-інфекції;
 3. можливості отримання додаткової інформації про ВІЛ-інфекцію;
 4. можливості отримання консультативної, медичної допомоги та психологічної підтримки, якщо існує або виникне така потреба в майбутньому.
- На проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації N 503-1/о (з1406-05) "Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ", далі - форма N 503-1/о). При анонімному обстеженні форма N 503-1/о не (з1406-05) заповнюється.
- Відмова пацієнта від передтестового консультування або від заповнення форми N 503-1/о (з1406-05) не може бути перешкодою для добровільного тестування. У цьому разі, як виняток, лікар робить запис про згоду пацієнта на проходження тесту на ВІЛ з підписом пацієнта у відповідній документації (медична карта тощо).
- Передтестове консультування спеціальних груп населення проводиться з урахуванням додаткових вимог.

Ефективне передтестове консультування допомагає пацієнту:

- підвищити інформованість щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та його профілактики;
- оцінити персональні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ;
- ознайомитися з процедурою тестування;
- отримати інформацію про можливі результати тесту та їх значення;
- прийняти інформоване рішення про проходження тестування;
- отримати правову інформацію.

Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки. Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі повідомлення про результат та післятестового консультування є неприпустимим. Післятестове консультування, що проводиться одразу ж після повідомлення результату тесту (первинне післятестове консультування), може проводитись лише у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Багато, щоб післятестове консультування пацієнта у ЗОЗ проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу пацієнт вже володіє. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність. Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особі, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Первинне післятестове консультування при негативному результаті тесту

При негативному результаті важливо обговорити заходи зниження ризику інфікування ВІЛ. Необхідно провести консультування з питань безпечної поведінки та розглянути можливості направлення в інші служби, що допомагають змінити ризикований

спосіб життя на менш ризикований. Консультант повинен повідомити про результат тесту простими словами, уникаючи специфічної термінології. Потрібно дозволити пацієнту відчувати задоволення від того факту, що він не є ВІЛ-інфікованим, в той же час підкреслити необхідність зміни ризикованої поведінки з тим, щоб уникнути інфікування ВІЛ у майбутньому. Необхідно тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування при наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців (з урахуванням наявності "серологічного вікна").

➤ ***Обговорення плану зниження ризику інфікування***

Разом з пацієнтом потрібно розробити план зниження ризику інфікування, що повинен відповідати вмінням та здібностям пацієнта, його мотивації щодо зміни певного типу поведінки.

План повинен:

- бути конкретним;
- вказувати на всі обставини та осіб (що, коли, хто, де і як), що братимуть участь у процесі зменшення ризику;
- представляти послідовність дій та поступовий рух пацієнта в напрямі зменшення ризику інфікування.

➤ ***Визначення джерел підтримки та направлення у відповідні установи, заклади, організації, об'єднання громадян***

Консультант повинен з'ясувати можливість підтримки пацієнта з боку родичів, друзів, з якими він міг би обговорювати свій план зменшення ризику і звітувати їм щодо його виконання. Бажано, щоб довірена особа була тією особою, разом з якою пацієнт буде намагатись реалізувати план зміни поведінки. Цей етап є важливим, оскільки при негативному результаті тесту навряд чи відбудеться другий сеанс, під час якого консультант міг би проаналізувати досвід пацієнта у виконанні плану.

➤ ***Повідомлення партнера про негативний результат тесту та скерування взаємовідносин з ним***

Консультант має обговорити питання стосовно повідомлення інформації партнера/парнерів пацієнта, які не знають свого ВІЛ-статусу, про його негативний результат тесту на ВІЛ та направлення його/їх на ДКТ. Нагадати, що пацієнт має бути впевнений, що його партнер не є інфікованим і практикує безпечну поведінку щодо інфікування ВІЛ. Якщо пацієнт перебуває у довготривалих стосунках, необхідно обговорити з ним можливість та наслідки результатів тесту на ВІЛ для дискордантної пари.

Первинне післятестове консультування при позитивному результаті тесту

➤ *Повідомлення про позитивний результат тесту*

Післятестове консультування при позитивному результаті тесту передбачає кризове консультування, психологічну підтримку у сприйнятті діагнозу та допомогу у плануванні майбутнього, як найближчого, так і віддаленого. Пріоритетним завданням є забезпечення розуміння пацієнтом результату тесту та надання йому допомоги у визначенні можливості підтримки та ресурсів для того, щоб подолати ситуацію.

➤ *Визначення джерел підтримки та направлення у відповідні установи, організації та заклади.*

Роль консультанта полягає в тому, щоб допомогти пацієнту оцінити, де і як отримати підтримку, спланувати майбутнє, розпочати життя з позитивним ВІЛ-статусом. Необхідно пояснити пацієнту важливість подальшого медичного обстеження. Консультант та пацієнт мають обговорити наміри пацієнта щодо можливості повідомлення про ВІЛ-позитивний статус своїм лікарям, які можуть надати належну допомогу, якщо вони знатимуть, що він є ВІЛ-позитивним. Пояснити порядок подальшого медичного нагляду.

➤ *Повідомлення партнера про позитивний результат тесту та скерування взаємовідносин з ним.*

Згідно зі статтею 15 Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" (1972-12) ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи зобов'язані повідомити осіб, які були з ними у статевих контактах до виявлення факту ВІЛ-інфікованості, про можливість їх зараження. Повідомлення партнера/ів про проходження тесту на ВІЛ і його позитивний результат є важливим особистим питанням для пацієнта. Консультанту варто першому порушити це питання, щоб вирішити його разом з пацієнтом, допомогти йому не залишитись ізольованим і самотнім у вирішенні своєї ситуації, визначити принаймні одну особу, якій пацієнт зміг би розповісти про результати тесту та отримати від неї підтримку. Якщо пацієнт перебуває з партнером в довготривалих стосунках, консультант має обговорити з ним можливість та наслідки результатів тесту на ВІЛ для дискордантної пари.

Питання для самоконтролю

1. Поняття «фізіологічна вагітність».
2. Зміни психологічного стану та в ЦНС спостерігаються у вагітних.
3. Зміни в ендокринній системі відбуваються у вагітних.
4. Зміни в геніталіях та молочних залозах спостерігаються у вагітних.
5. Зміни в серцево-судинній системі та системі крові спостерігаються у вагітних.

6. Зміни в дихальній системі спостерігаються у вагітних.
7. Зміни в шлунково-кишковому тракті та нирках спостерігаються у вагітних.
8. Зміни в обміні речовин спостерігаються у вагітних.
9. Зміни з боку шкіри та в кістково-м'язовій системі спостерігаються у вагітних.
10. Сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
11. Ймовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
12. Вірогідні ознаки вагітності та їх діагностична цінність.
13. Діагностика вагітності у ранні строки.
14. Діагностика вагітності у пізні строки.

Задачі для самоконтролю

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

Які можливі ознаки вказують на наявність вагітності?

- A. Нудота, відраза до м'ясної їжі.
- B. Ціаноз слизуватої піхви і шийки матки.
- C. Гіперантефлексія матки.
- D. Збільшення і розм'якшення матки.
- E. Відсутність менструації.

2. Пацієнтка 22 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на затримку менструації протягом 2 місяців, тягу до гострої їжі, нудоту, сонливість, відразу до тютюнового диму. При бімануальному дослідженні: матка в гіперантефлексії, збільшена до розмірів гусячого яйця, в області лівого кута випинання (асиметрія).

Які ймовірні ознаки вказують на наявність вагітності?

- A. Тяга до гострої їжі.
- B. Відсутність менструації, гіперантефлексія й асиметрія матки.
- C. Нудота.
- D. Сонливість.
- E. Відраза до тютюнового диму.

3. Пацієнтка 27 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на відсутність менструацій 6,5 місяців, сонливість, збільшення живота. Загальний стан задовільний. Екстрагенітальної патології не виявлено. Дно матки визначається на рівні пупка, матка м'яка, безболісна. Ворушіння плоду відчуває добре.

Яка достовірна ознака вагітності описана в задачі?

- A. Відсутність менструацій.
- B. Сонливість.
- C. Збільшення живота.
- D. Збільшення матки.
- E. Ворушіння плоду.

4. Прийомами зовнішнього акушерського дослідження в жіночій консультації обстежена жінка 35 років, що народжує вдруге. Термін гестації 37-38 тижнів. При пальпації матки над входом у малий таз пальпується об'ємна м'якувата частина плоду, не балотує. Щільна округла частина визначається в правому підребер'ї, спинка плоду звернена вліво і кзади стосовно стінки матки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 140 ударів у хвилину ліворуч вище рівня пупка.

Визначте позицію і вид позиції плоду:

- A. Перша позиція, передній вид.
- B. Перша позиція, задній вид.
- C. Друга позиція, передній вид.
- D. Друга позиція, задній вид.
- E. Тазове передлежання, передній вид.

5. При первинному огляді вагітної діагностована вагітність 32 тижня. Вагітність протікає фізіологічно. Де повинне знаходитися дно матки?

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

6. Першовагітна 19 років у терміну 10-11 тижнів на консультації у терапевта пред'являє скарги на серцебиття, дратівливість, плаксивість, зниження маси тіла. Об'єктивно: шкіра і видимі слизуваті звичайної фарбування. АТ 115/70 мм рт.ст., пульс 108 уд/хв, не

змінюється під час сну. Границі серця не змінені, на ЕКГ - вертикальне положення ЭОС, синусова тахікардія, незначна гіпертрофія лівого шлуночка. Клінічні аналізи крові і сечі - без патологічних змін.

Найбільш ймовірна причина стану вагітної:

- A. Набутий порок серця.
- B. Активна фаза ревматичного процесу.
- C. Уроджений порок серця.
- D. Захворювання щитовидної залози.
- E. Адаптація до вагітності, що розвивається.

7. На шістнадцятий прийом до жіночої консультації прийшла вагітна 25 років. Скарг не має, загальний стан задовільний. Ріст вагітної 175 см, вага 74 кг. Окружність лучезап'ястного суглоба 16 см. Розміри таза: 25-28-31-21 см. Окружність живота 100 см. Висота стояння дна матки 34 см. Визначте передбачувану масу плоду, г:

- A. 3400 ± 200 г.
- B. 2500 ± 200 г.
- C. 4375 ± 200 г.
- D. 1850 ± 200 г.
- E. 2850 ± 200 г.

8. У першовагітної 25 років остання менструація була 3.03.2025 року. Ворушіння плоду відчуває з 2.08.2025 року. Визначте передбачуваний термін пологів:

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

9. При зовнішнім акушерському дослідженні живіт вагітної має поперечно- овальну форму, у лівій бічній стінці матки пальпується кругла, щільна частина плоду, що балотує, у правій - об'ємна м'яка частина плоду, що не балотує. Серцебиття плоду прослуховується на рівні пупка.

Яке положення, позиція і передлежання плоду?

- A. Поперечне положення, II позиція, відсутня частина, що предлежить.
- B. Косе положення, I позиція, відсутня частина, що предлежить.

- С. Подовжнє положення, I позиція, головне предлежання.
- Д. Поперечне положення, I позиція, відсутня частина, що предлежить.
- Е. Подовжнє положення, II позиція, тазове предлежання.

10. Гінекологічний статус жінки 23 років: зовнішні гениталії сформовані правильно. Оволосіння за жіночим типом. Огляд у дзеркалах: шийка матці конічної форми. Слизувата піхви і шийки матки ціанотична, шийка матки епітелізована. Зовнішній матковий зів зімкнут. Піхове дослідження: вхід у піхву вузький. Шийка матки довжиною 3 см, щільна, відхилена кзади. Матка округла, збільшена до розмірів жіночого кулака, м'якуватої консистенції, різко відхилена допереду, в області лівого трубного кута випинання. Придатки не збільшені. Встановіть термін вагітності:

- А. 8 тижнів.
- В. 10 тижнів.
- С. 12 тижнів.
- Д. 14 тижнів.
- Е. 16 тижнів.

Вірні відповіді:

1 - А; 2 - В; 3 - Е; 4 - В; 5 - В; 6 - Е; 7 - А; 8 - В; 9 - Д; 10 – А.

Тестові завдання для самоконтролю.

1. У пацієнтки 22-х років скарги на затримку менструації впродовж 2-х місяців. Змінилися смакові переваги. Пологів - 0, абортів - 0. Піхове дослідження: слизова оболонка піхви та шийки матки - ціанотична, матка кулеподібної форми, збільшена до 7-8 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Придатки без особливостей. Перешийок матки розм'якшений. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Маткова вагітність
- В. Міома матки
- С. Порушення оваріо-менструального циклу
- Д. Міхурний занесок
- Е. Хоріонепітеліома

2. Вагітна 25-ти років в терміні 38-39 тижнів, яка проживає в сільській місцевості, звернулась до акушерки сільської амбулаторії зі скаргами на переймоподібні болі в низу живота та поперековій ділянці. Яку допомогу має надати медпрацівник?

- А. Госпіталізувати жінку в районну лікарню, пологове відділення

В. Спостерігати протягом доби

С. Госпіталізувати жінку в обласну лікарню, пологове відділення

Д. Ввести спазмолітичний засіб

Е. Заспокоїти жінку

3. Вагітна 32-х років скаржиться на епізоди втрати свідомості, спонтанні непритомності, що швидко зникають при зміні положення тіла. Непритомність може супроводжуватися брадикардією, що швидко минає. У всьому іншому вагітність протікає без ускладнень. Назвіть найбільш можливу причину подібного стану:

А. Стискання нижньої порожнистої вени вагітною маткою

В. Підвищення тиску у венах верхніх кінцівок

С. Зменшення тиску у венах нижніх кінцівок

Д. Вегето-судинна дистонія за кардіальним типом

Е. Психо-соматичні порушення

4. На першому прийомі вагітної акушер-гінеколог дає їй направлення на консультацію до інших лікарів-спеціалістів. У яких спеціалістів вона має обов'язково пройти огляд?

А. Терапевт, стоматолог

В. Терапевт, ендокринолог

С. Стоматолог, фтизіатр

Д. ЛОР, окуліст

Е. Стоматолог, кардіолог

5. Жінка 22-х років скаржиться на нудоту, блювання 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 місяця. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до розмірів жіночого кулака, пом'якшена, особливо в ділянці перешийка, безболісна. Придатки не пальпуються. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Вагітність 8 тижнів

В. Міома матки

С. Позаматкова вагітність

Д. Порушення менструального циклу

Е. Ендо метріоз матки

6. Доношена вагітність. Маса тіла вагітної - 62 кг. Повздожне положення плода, голівка плода протиснута до входу в малий таз. Обвід живота 100 см. Висота дна матки 35 см. Яка орієнтовна вага плода?

А. 3 кг 500 г

В. 4 кг

С. 2 кг 500 г

D. 3 кг

E. 4 кг 500 г

7. На прийомі у жіночій консультації жінка повідомила, що остання менструація у неї була 03.07.2025 – 08.07.2025р. Передбачається, що пологи можуть настати:

A. 10.04.2026 р.

B. 03.04.2026 р.

C. 03.07.2026 р.

D. 15.12.2025 р.

E. 25.10.2025 р

8. У вагітної з багатопліддям (термін вагітності 36 тиж) спостерігаються ознаки синдрому аорто-кавальної компресії. Вкажіть найбільш вірогідний механізм його виникнення.

A. Стиснення нижньої порожнистої вени збільшеною маткою

B. Підвищення внутрішньочеревного тиску

C. Тромбоз нижньої порожнистої вени

D. Розшаровуюча аневризма аорти

E. Діафрагмальна грижа

9. Вагітна К., 32 тижнів вагітності, госпіталізована у пологовий будинок зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, втомлюваність. Об'єктивно: блідість та сухість шкіри, "блакитність" слизових оболонок, задишка, пульс 102 уд./хв., АТ 90/60 мм рт. ст., Hb-68 г/л, ер.-2,2x10¹²/л, визначається мікроцитоз еритроцитів, анізоцитоз, пойкилоцитоз. Діагноз?

A Залізодефіцитна анемія вагітних тяжкого ступеню

B Залізодефіцитна анемія вагітних середнього ступеню

C Залізодефіцитна анемія легкого ступеню

D Гемолітична анемія

E Апластична анемія

10. Вагітна з варикозним розширенням вен, скаржиться на біль, важкість у ногах, судоми гомілкових м'язів. Гомілки набряклі, з ділянками синьо-бурого кольору. Який метод діагностики допоможе встановити стадію хронічної венозної недостатності?

A Оцінка гемостазу, ультразвукова доплерографія судин нижніх кінцівок

B Ультразвукова денситометрія

C Ультразвукове обстеження серця

D Ультразвукове обстеження нирок

E Ультразвукова доплерографія судин головного мозку

11. Пацієнтка 22 років скаржиться на затримку менструації на 3 тижні, нудоту, втрату апетиту, збільшення і напруження молочних залоз.

Який попередній діагноз? Яке додаткове обстеження необхідно зробити для встановлення кінцевого діагнозу?

А. Вагітність 5 тижнів. Необхідний огляд гінеколога, проведення тесту на ХГЛ, ультразвукове дослідження.

В. Вагітність 7 тижнів. Необхідний огляд гінеколога, проведення тесту на ХГЛ, ультразвукове дослідження.

С. Гострий панкреатит. Консультація гастроентеролога,

Д. Вагітність 3 тижні. Проведення тесту на ХГЛ, ультразвукове дослідження.

Е. Адаптація до вагітності, що розвивається. Динамічне спостереження.

12. Вкажіть терміни вагітності для проведення першого ультразвукового скринінга:

А. 8 – 9 тижнів;

В. 9 – 10 тижнів;

С. 10 – 11 тижнів;

Д. 11 тижнів + 1 день до 13 тижнів + 6 днів.

Е. 18 – 20 тижнів

13. Рівень яких речовин вивчають для біохімічного скринінга вагітної у 9 – 13 тижнів?

А. РАРР – А і вільний β - ХГ;

Б. трофобластспецифічний β - глобулін;

В. плацентарний α - мікроглобулін;

Г. альфафетопротейн.

Д. прогестерон;

Е. ТТГ, Т3, Т4

Вірні відповіді: 1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А, 6- А, 7-А, 8-А, 9-А ,10-А, 11-А, 12-Д, 13-А.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №13

ТЕМА: «ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ. ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ»

Мета: : Навчити визначати початок пологів, засвоїти план спостереження за роділлям в різні періоди пологів. Навчити оцінювати пологову діяльність. Сформувати навички оцінки новонародженого за шкалою Апгар. Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.

Основні поняття (перелік питань): Передвісники пологів, прелімінальний період. Визначення початку пологів. Біологічна готовність організму до пологів, шкала Бішопа. Біомеханізми пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання. Регуляція пологової діяльності. Клінічний перебіг пологів. Ведення пологів. Партограма. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар. Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка. Сучасні методи знеболювання пологів: немедикаментозні та медикаментозні.

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали.

План:

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

Знання фізіології пологів започатковує клінічне акушерство. Ретельне дотримання, а в разі необхідності - максимально наближене наслідування фізіологічним процесам у пологах є прямим і природним шляхом зниження материнської та перинатальної захворюваності й смертності. Вивчення основних етапів перебігу та ведення фізіологічних пологів дозволяє опанувати на практиці найважливіші методи обстеження роділь, вміння оцінювати акушерську ситуацію, надання належної допомоги у фізіологічних пологах з урахуванням даних, оснований на принципах доказової медицини. Важливою складовою даного заняття є вивчення тактики лікаря при веденні пологів на всіх етапах, усунення пологового травматизму, профілактики дистресу плода та асфіксії новонародженого. Впровадження сучасних перинатальних технологій (партнерські пологи, регіональні методи знеболення, сумісне перебування породіллі та немовляти з дотриманням теплового ланцюжка) сприяє зниженню частоти ускладнень під час пологів.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо):

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

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Передвісники пологів, прелімінальний період.
- Визначення початку пологів.
- Біологічна готовність організму до пологів, шкала Бішопа.
- Біомеханізми пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання.
- Регуляція пологової діяльності.
- Клінічний перебіг пологів. Ведення пологів. Партограма.
- Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
- Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.
- Сучасні методи знеболювання пологів: немедикаментозні та медикаментозні.

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

Питання вихідного рівня знань:

1. Передвісники пологів: прелімінальний період.
2. Визначення ступеню зрілості шийки матки. Шкала Бішопа.
3. Біомеханізм пологів при передньому та задньому видах потиличного передлежання.
4. Причини початку пологів. Регуляція і оцінка пологової діяльності. Методи реєстрації пологової діяльності. Моніторинг у пологах.
5. Періоди пологів. Тривалість їх у першо- та повторнонароджуючих.
6. Період розкриття шийки матки в пологах. Клініка, ведення. Партограма.
7. Період вигнання плода. Клініка, ведення.

- 8.Послідовий період. Клініка, ведення послідового періоду (активне ведення, очікувальна тактика ведення).
- 9.Консервативні способи виділення посліду.
- 10.Визначення цілісності посліду. Поняття про фізіологічну та патологічну крововтрату.
- 11.Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
- 12.Первинний туалет новонародженого. Дотримання теплового ланцюжка.
13. Психопрофілактичне знеболювання пологів.
14. Медикаментозне знеболювання пологів.

Типова задача:

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

Відповідь: Вагітність 40 тижнів, I період пологів, активна фаза

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

Відповідь: Шредера

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

Відповідь: Великим сегментом у вході в малий таз

Тестові завдання:

1. У якому розмірі площини входу в малий таз знаходиться стрілоподібний шов при задньому виді потиличного передлежання, I позиції після виконання згинання голівки?
 - A. Прямому.
 - B. Лівому косому або прямому.
 - C. Правому косому або прямому.
 - D. Правому косому або поперечному.

Е. Лівому косому або поперечному.

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

А. Входу в малий таз.

В. Широкої частини порожнини малого таза.

С. Вузької частини порожнини малого таза.

Д. При переході із широкої у вузьку частину порожнини малого таза.

Е. Виходу з малого таза.

3. У якому розмірі площини виходу з малого таза знаходиться стрілоподібний шов при розгинанні голівки при задньому виді потиличного передлежання, I позиції?

А. Прямому.

В. Лівому косому або прямому.

С. Правому косому або прямому.

Д. Правому косому або поперечному.

Е. Лівому косому або поперечному.

Вірні відповіді: 1Е, 2Е, 3А

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

Оволодіти та удосконалити навички: - огляду, зовнішнього акушерського дослідження, аускультатії серцебиття плода, - внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі), - визначення початку пологів,

Вміти: - оцінювати ступень зрілості шийки матки за шкалою Бішопа, - визначати початок першого періоду пологів, об'єктивно оцінювати характер пологової діяльності (динаміку розкриття шийки матки, частоту, силу та тривалість перейм), - вести партограму, - визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ), - надавати допомогу у пологах та проводити психофізіологічне знеболювання пологів, - демонструвати активну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі), - демонструвати очікувальну тактику ведення III періоду пологів (на фантомі), - визначати цілісність посліду, - визначати загальну крововтрату в пологах, - оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар, - проводити первинний туалет новонародженого із забезпеченням принципів "теплого

ланцюжка".

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план ведення пологів;

Друга бригада – скласти план ведення післяпологового періоду;

Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

Ситуаційна задача:

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

■ Встановіть діагноз.

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

■ В якому періоді пологів роділля?

В активній фазі першого періоду пологів

■ Як характеризувати вилиття навколоплідних вод?

Своєчасне

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

■ Яка ступінь вставлення голівки?

Великим сегментом у вході до малого тазу

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

■ В якому періоді пологів роділля?

В ранній фазі ІІ періоду.

■ Де розташована передлегла частина?

В порожнині малого таза

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

■ Яка оцінка новонародженого за шкалою Апгар?

8 балів

■ Яким чином здійснюється нагляд за новонародженим?

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

* Після завершення другого періоду пологів, народження і відокремлення дитини, лікар обрав тактику активного ведення третього періоду пологів.

Відразу приступив до тракції за пуповину та контракції матки до лона.

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

Активне ведення третього періоду пологів складається з наступних етапів:

1. Внутрішньом'язове введення утеротонику, переважно окситоцину у дозі 10 ОД

2. Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину

a. Тракцію слід починати лише за наявності скорочення матки

b. Тракцію слід проводити лише одночасно з контракцією (відведення матки від лона другою рукою у напрямку, протилежному тракції)

3. Масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду доки вона добре не скоротиться

Нетипові задачі:

1. У жінки, що народжує вдруге, 25 років перейми по 30-35 секунд, через 4-5 хв, хорошої сили. Ворушіння плоду відчуває добре. Положення плоду подовжнє, передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 150 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: піхва вільна, шийка матки довжиною 1 см, відкриття маткового зіву 4 см. Плодовий міхур цілий. Стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко у лона.

Встановіть попередній діагноз. Який момент біомеханізму пологів виконав плід?

2. У породіллі найбільша частина голівки плоду знаходиться над входом в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 140 уд./хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: піхва вузька, шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 6см. Безіменні лінії частково зайняті голівкою плоду, верхній край лонного зчленування не доступний пальпації. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва у лона. Плодовий міхур цілий.

Встановіть попередній діагноз. Визначите місцезнаходження головки плоду до площин кісткового тазу породіллі?

3. У породіллі живіт овоїдної форми, збільшений вагітною маткою. Голівка плоду над входом в малий таз не визначається. Широка, гладка поверхня тулуба плоду обернена наперед і до правої бічної стінки матки. Контракційне кільце розташоване на 10 см вище за лона. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 150 уд./хв., справа над лоном. Потуги по 45-50 сік, через 2-3 хв., хорошої сили.

Встановіть попередній діагноз. Про що дозволяє судити висота контракційного кільця?

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

Завдання для контролю та корекції рівня практичних навиків Контроль практичних навичок

В навчальній кімнаті:

1. Показати на фантомі методи оцінки ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження.
2. Показати на фантомі техніку акушерської допомоги у II періоді пологів.
3. Демонструвати на фантомі активну тактику ведення III періоду пологів.
4. Демонструвати на фантомі очікувальну тактику ведення III періоду пологів (ознаки відшарування плаценти, виділення відшарованої плаценти).
5. Показати на фантомі техніку первинної обробки новонародженого.

Контроль професійних вмінь

У пологовому відділенні:

1. Зібрати анамнез, виконати зовнішнє дослідження роділлі, зробити висновок про період пологів, в якому вона перебуває.
2. Визначити передлежання, положення, позицію, вид плода, ступінь вставлення голівки зовнішніми методами.
3. Оцінити стан плода методом аускультції.
4. Оцінити перебіг I періоду пологів за наданою партограмою
5. Оцінити стан новонародженого за шкалою Апгар (в разі демонстрації пологів).

Протоколи, стандарти, нормативні матеріали:

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Фізіологічні пологи», затверджений наказом МОЗ України від 26 січня 2022 року № 170.

АЛГОРИТМ ведення фізіологічних пологів

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

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

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

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться лікарем акушер-гінекологом до партограми.

Спостереження за станом роділлі і плода в I періоді пологів включає наступні рутинні процедури:

Оцінка стану плода: Серцебиття плода в пологах реєструють шляхом:

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

Аускультатія має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів. В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110-170 ударів за хвилину. У разі зміни частоти серцевих скорочень плода, що виходять за межі норми, необхідно змінити положення тіла жінки (слід уникати положення на спині) та провести повторну аускультатію після закінчення найбільш інтенсивної фази наступної перейми, дотримуючись вище описаної методики.

Перехід від періодичної аускультатії до електронного фетального моніторингу (КТГ) показаний у наступних випадках:

- ЧСС плода зберігається поза межами норми після зміни положення тіла жінки;
- базальна частота серцевих скорочень плода менше 110 чи більше 170 ударів за хвилину;
- під час періодичної аускультатії виявляються будь які епізоди брадикардії, що не зникають після зміни положення жінки;
- розпочато пологопідсилення окситоцином;
- вилились навколоплідні води, забарвлені меконієм.

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

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

1. Передвісники пологів:

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

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:

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

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

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

- 0-2 бала - шийка «незріла»
- 3-5 балів - шийка «недостатньо зріла» > 6 балів - шийка «зріла»

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

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

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

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – розгинання голівки в площині виходу.

Четвертий момент – внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки.

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

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

Другий момент – внутрішній поворот голівки.

Третій момент – додаткове згинання голівки плода.

Четвертий момент - розгинання голівки.

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

Регуляція пологової діяльності

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

Клінічний перебіг пологів

Пологи ділять на три періоди:

Перший період розкриття шийки матки.

Другий - вигнання плода.

Третій - послідовий.

З початком пологової діяльності вагітну називають роділлею.

Діагностика періодів і фаз пологів:

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/	
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см у першонароджуючих, на 4 см у повторнонароджуючих	Перший	Латентна
Шийка розкрита на 3-9 см.	Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) - 1 см/год.	
Початок опускання голівки плода	Перший	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см).	Голівка плода у порожнині тазу.	
Немає позивів до потуг	Другий	Рання
Повне розкриття шийки (10 см).	Передлегла частина плода досягає дна тазу.	
Роділля починає тужитись	Другий	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	Третій	

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

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

Характеристика перейм в латентній фазі I періоду пологів:

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

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

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

Характеристика перейм в активній фазі I періоду пологів:

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

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

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

Характеристика потуг у II періоді пологів:

- сила помірна-сильна,
- тривалість 55-60 секунд,
- частота – через 1-1,5 хвилин,

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

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

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

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

Цілість посліду визначають візуально.

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

Ведення пологів:

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

Ведення першого періоду (період розкриття)

Зовнішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

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

Внутрішні методи оцінки ступеня розкриття шийки матки.

З метою визначення динаміки розкриття шийки матки та розташування голівки плода в пологах проводиться внутрішнє акушерське дослідження, яке виконують при надходженні жінки до пологового відділення, через кожні 4 години під час першого періоду пологів та після вилиття навколоплідних вод (для своєчасної діагностики можливого випадання з плином амніотичної рідини пуповини та дрібних частин плода).

Показання до внутрішнього акушерського дослідження:

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

Визначення ступеня вставлення голівки зовнішніми методами

Ступень вставлення голівки можна визначити IV прийомом Леопольда.

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

- 5/5 - голівки плода розташування над симфізом на ширина 5 пальців, голівка плода знаходиться над входом до малого тазу;
- 4/5 - ширина 4 пальців, голівка притиснута до входу в малий таз;
- 3/5 - ширина 3 пальців, голівка малим сегментом у вході до малого тазу;
- 2/5 - ширина 2 пальців, голівка великим сегментом у вході до малого тазу; 1/5 - 0/5 - ширина 1 пальця, голівка знаходиться у порожнині тазу.

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

Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження

- Голівка над входом у малий таз. Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і мале тім'ячко - на одному рівні.
- Голівка малим сегментом у вході в малий таз. Крижова западина вільна, до мису можна підійти 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 малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косих розмірів, мале тім'ячко нижче великого.
- Голівка у вузькій частині малого таза. Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.
- Голівка у виході таза. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

Визначення положення голівки плода при внутрішньому дослідженні по відношенню до рівня сідничних остей - linea 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.

Оцінка стану плода.

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

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

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

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

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

За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

- Колір навколоплідних вод визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява

свіжого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

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

Ступені конфігурації голівки плода:

- Перша - кістки черепа зближені, торкаються одна одної,
- Друга - кістки помірно знаходять одна на одну,
- Третя - кістки значно знаходять одна на одну, у поєднанні з відсутністю просування голівки по пологовому каналу за наявності активної пологової діяльності є патологією.

Контроль за станом жінки:

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

Ведення другого періоду пологів:

- вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;
- контроль серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;
- контроль за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за допомогою внутрішнього акушерського дослідження кожену годину.
- проведення амніотомії, якщо не відбувається своєчасного вилиття навколоплідних вод.

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

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

Активне ведення третього періоду пологів

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

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

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плода, при його відсутності

- ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Контрольовані тракції за пуповину:

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

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

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

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

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

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

При необхідності проводять повторний масаж.

Очікувальне ведення третього періоду пологів

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

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

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

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

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

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

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

Партограма

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

1. Перебіг пологів:

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

2. Стан плода:

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

3. Стан роділля:

- 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

Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1 та 5 хвилин після народження.

Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлексі.

10-7 балів – задовільний стан новонародженого,

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

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

Первинний туалет новонародженого, дотримання теплового ланцюжка.

Через 1 хвилину після народження здійснюють:

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

При задовільному стані дитини:

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

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

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

Сучасні методи знеболювання пологів: немедикаментозні та медикаментозні.

- вибір вільної позиції в пологах,
- правильний режим дихання роділлі: швидкий вдих через ніс та повільних видих через рот,
- немедикаментозні методи: душ, ванна, джакузі, масаж, музикотерапія.
- медикаментозні засоби: регіонарна анестезія: епідуральна (люмбальна і сакральна), спинномозкова; проводникова анестезія (пудендальна); місцева (2% розчин лідокаїну, лідокаїн-спрей).

Вільні позиції в пологах

Підведення підсумків:

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

Нетипова задача

Задача 1.

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 у лівій половині матки, передлежить голівка, яка розташована на 4 пальці вище симфізу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 156 ударів в 1 хвилину. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, зовнішнє вічко має діаметр 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка. Мис недосяжний, частково доступні пальпації термінальні лінії та внутрішня поверхня симфізу, окрім верхнього краю.

Питання:

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

Задача 2.

Жінка, що народжує вдруге, надійшла в пологовий будинок з вагітністю 38 тижнів через 5 годин після початку регулярних перейм. Вагітність друга, перші пологи 2 роки тому перебігали нормально. Температура 36,8 °C, АТ 120/180 мм рт.ст. Положення плода повздожне, перша позиція, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 162 удара на хвилину. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 0,5 см., краї її товсті, вічко відкрите на 2,5 см. Плодовий міхур цілий. Голівка плода розташована у першій площині малого тазу.

Питання:

1. Діагноз
2. Передні та задні навколоплідні води. Коли вилиття навколоплідних вод вважається своєчасним?
3. Тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно?

Задача 3.

Першовагітна М., 20 років знаходиться у пологах, що розпочались у термін та продовжуються 12 годин. Відійшли світлі, прозорі навколоплідні води. Пологова діяльність – перейми по 45-50 секунд, 4-5 за 10 хвилин. Загальний стан роділлі задовільний, АТ 120/80 мм рт.ст., около черева 100 см, висота стояння дна матки – 34 см. Розміри тазу: 25-28-31-20см. Положення плода повздожне, спинка обернута вліво, передлежить голівка, що на 1 палець вище симфізу. Серцебиття плода 140 уд./хвилину. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, відкриття вічка повне. Плодовий міхур розірваний. Крижова западина заповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна дослідженню, але доступні нижні ості клубових кісток. Стрілоподібний шов голівки плода знаходиться в правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається зліва попереду та лежить нижче інших точок голівки.

Питання:

1. Діагноз.
2. В якій площині тазу знаходиться голівка плода та які данні підтверджують це?
3. Яка точка головки плода є провідною при цьому розмірі.

Відповіді:

Задача 1.

1. Вагітність I ,39-40 тиж. Повздожне положення, I позиція, передній вид головного

передлежання. Пологи I, термінові, I період пологів. Латентна фаза.

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

Задача 2.

1. Вагітність II, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Пологи II, термінові, перший період пологів, латентна фаза.

2. Під час пологів голівка плода опускається в пологовий канал, з усіх сторін торкається з нижнім сегментом матки та притискає його до входу в малий таз і, таким чином, утворює пояс змикання. Цей пояс поділяє навколоплідні води на передні та задні. Вилиття навколоплідних вод вважають своєчасним, якщо розрив плідного міхура стався під час активної фази першого періоду пологів.

3. Середня тривалість першого періоду пологів у жінок, що народжують повторно, складає 7-9 годин.

Задача 3.

1. Вагітність I, 40 тижнів. Повздовжнє положення, I позиція, передній вид потиличного передлежання. Пологи I, термінові, другий період пологів.

2. При зовнішньому дослідженні визначено, що над лоном залишилась частина голівки, на якій може розташуватись лише 1 палець лікаря. Це свідчить, що нижній полюс голівки досяг площини вузької частини малого таза. Данні внутрішнього дослідження (крижова западина заповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна дослідженню, нижні ості клубових кісток досягаються) підтверджую цей діагноз.

3. Провідною точкою голівки плода при передньому виді потиличного передлежання є мале тім'ячко.

Тестові завдання для самоконтролю:

1. У повторнороділлі 30-ти років пологи тривають 8 годин. Перейми через кожну хвилину по 50 секунд, активні. Серцебиття плода - 156/хв., ритмічне. Під час зовнішнього дослідження голівка розташована в порожнині малого таза. Вагінально: розкриття шийки матки повне, голівка плода в площині виходу з малого таза. Стрілоподібний шов в прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Який це період пологів?

- A. Другий період нормальних пологів
- B. Латентна фаза першого періоду нормальних пологів
- C. Активна фаза першого періоду нормальних пологів
- D. Стрімкі пологи

Е. Прелімінарний період

2. Роділля 21 рік, I пологи тривають 9,5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка 6 см. Плідний міхур цілий, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Яка це фаза I періоду пологів за розподілом по Е. Фрідману?

- А. Активна фаза
- В. Латентна (прихована) фаза
- С. Фаза уповільнення
- Д. Пасивна фаза
- Е. Реактивна фаза

3. Вагітна 24 років, перша вагітність, I пологи. Почалася регулярна пологова діяльність. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, плідний міхур цілий, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, тім'ячко трикутної форми в центрі тазу, звернено вліво. Який момент біомеханізму пологів?

- А. I момент біомеханізму пологів
- В. II момент біомеханізму пологів
- С. III момент біомеханізму пологів
- Д. IV момент біомеханізму пологів
- Е. V момент біомеханізму пологів

4. Роділля С., пологи перші, термінові. Перейми через 2-3 хв. по 45-50 с. Серцебиття плоду звучне, ритмічне, 144 уд./хв., передлежача голівка притиснута до входу в малий таз. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття 8 см., плідний міхур відсутній. Який період пологів?

- А. Перший.
- В. Другий.
- С. Прелімінарний.
- Д. Завершальний.
- Е. Третій.

5. Голівка новонародженого має доліхоцефалічну форму, витягнута спереду назад. Під час огляду голівки на потиличній частині визначається пологова пухлина, розташована на

середині між великим і малим тім'ячком. При якому передлежанні голівки плоду відбулися пологи?

- A. Задній вид потиличного передлежання
- B. Передній вид потиличного передлежання
- C. Передньо-тім'яне передлежання
- D. Лобне передлежання
- E. Лицеве передлежання

6. До пологового будинку надійшла роділья з регулярною пологовою діяльністю, вилились навколоплідні води. Головка плода щільно притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода чітке, ритмічне - 136/хв. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки 7 см, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко спереду та нижче великого, розташоване ліворуч. Визначити позицію та вид плода:

- A. Перша позиція, передній вид
- B. Друга позиція, передній вид
- C. Перша позиція, задній вид
- D. Друга позиція, задній вид
- E. Потиличне передлежання, передній вид

7. При зовнішньому акушерському дослідженні родиллі з доношеною вагітністю діагностовано позовжне положення плоду, головне передлежання. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 8 см, сагітальний шов у лівому косому розмірі, велике тім'ячко праворуч біля лона. Встановити діагноз?

- A. 1 позиція, задній вид, потиличне передлежання.
- B. 1 позиція, задній вид, передньоголовне передлежання.
- C. 2 позиція, передній вид, потиличне передлежання.
- D. 1 позиція, задній вид, лобне передлежання.
- E. 1 позиція, задній вид, лицеве передлежання.

8. При зовнішньому акушерському дослідженні родиллі з доношеною вагітністю діагностовано повздовжне положення плоду, головне передлежання. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 8 см, сагітальний шов у правому косому

розмірі, велике тім'ячко праворуч біля лона. Діагноз?

- A. 2 позиція, задній вид, головне передлежання
- B. 1 позиція, задній вид, потиличне передлежання
- C. 2 позиція, передній вид, потиличне передлежання
- D. 1 позиція, задній вид, лобне передлежання
- E. 1 позиція, задній вид, лицеве передлежання

9. При внутрішньому дослідженні роділлі встановлено: шийка матки згладжена, розкриття вічка 5 см, голівка плоду притиснена до входу в малий таз. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Вкажіть позицію та вид позиції плода.

- A. Друга позиція, задній вид
- B. Перша позиція, передній вид
- C. Перша позиція, задній вид
- D. Друга позиція, передній вид
- E. Високе пряме стояння стрілоподібного шва

10. У породіллі, вагою 80 кг, треті вчасні пологи. Народився хлопчик, вагою 4.200, довжиною 50 см. Загальна крововтрата – 450,0 мл. Фізіологічний об'єм крововтрати у наданої породіллі складає

- A. 400,0 мл
- B. 350,0 мл
- C. 300,0 мл
- D. 450,0 мл
- E. 500,0 мл

11. Після народження немовля, в третьому періоді пологів, лікарем при натисканні ребром долоні над лоном відмічене втягування пуповини в піхву. Яку ознаку використав лікар для визначення відокремлення плаценти?

- A. Чукалова-Кюстнера
- B. Альфельда
- C. Шредера
- D. Креде-Лазаревича
- E. Гентера

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №14

ТЕМА: «ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. ФІЗІОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ»

Мета навчити оцінювати перебіг раннього та пізнього післяпологового періоду.

Знати заходи профілактики ускладнень у післяпологовий періоді.

Основні поняття: Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.

Клініка та ведення післяпологового періоду. Концепція грудного вигодовування.

Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).

Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості. Догляд за новонародженим.

Переваги сумісного перебування матері та дитини.

План:

4. **Контроль опорного рівня знань** (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до знань:

- Навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
- Клініка та ведення післяпологового періоду.

- Концепція грудного вигодовування.
- Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).
- Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.
- Догляд за новонародженим. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

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

Питання:

1. Клініка та ведення післяпологового періоду.
2. Зміни в організмі породіллі, статевих органах, молочних залозах.
3. Концепція грудного вигодовування.
4. Післяпологова контрацепція. Метод лактаційної аменореї.
5. Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.
6. Догляд за новонародженим.
7. Переваги сумісного перебування матері та дитини.

Типова задача:

1. Через 1 годину після пологів при огляді породіллі встановлено: загальний стан задовільний, АТ 115/70 мм рт ст, ЧСС - 80 уд/хв, доброго наповнення і напруги; дно матки на 10 см вище лона, консистенція матки щільна, контури чіткі; виділення з пологових шляхів кров'яні, помірні. Загальна крововтрата - 300 мл.

Чи можна вважати перебіг раннього післяпологового періоду фізіологічним?

Відповідь: так

2. На 4-ту добу після пологів отримані такі дані обстеження породіллі: загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм рт ст, ЧСС - 96 за 1хв., температура 37,2°C. Молочні залози напружені, безболісні. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 15 см вище лона, консистенція матки м'яка. Лохії кров'яні, помірні. Аналіз крові: Нв -100 г/л, лейкоцити 10×10^9 /л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, СОЕ - 22 мм/год. Чи можна вважати перебіг четвертої доби післяпологового періоду у даної породіллі фізіологічним?

Відповідь: ні, адже розміри та консистенція матки свідчать про її субінволюцію.

Потрібно оцінити стан та вміст порожнини матки шляхом УЗД.

3. У первістки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, довжиною 31 см. Шкіра новонародженої рожева. Кисті та стопи ціанотичні, крик гучний, дихання глибоке, рефлексивні живі, рухи активні, серцебиття 130 уд/хвилину, ритмічне. Через 5 хвилин шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи. Голівка новонародженої доліцефалічної форми, витягнута зпереду дозад, на лівій тім'яній кістці визначається невелика рожева пухлина. Коли можна прикласти цю дитину до грудей?

Відповідь: дитина що народилась у задовільному стані, повинна бути прикладена до грудей впродовж 30 хвилин після народження.

Тестові завдання:

1. Яка найбільш вірогідна причина підвищення температури тіла до 37,3⁰С у породіллі в першу добу після пологів?

А. Ендометрит.

В. Реакція на пологовий стрес.

С. Гостра респіраторна вірусна інфекція.

Д. Загострення хронічного пієлонефриту.

Е. Кольпіт.

2. Що можна порекомендувати породіллі на 3-тю добу післяпологового періоду при нагруданні молочних залоз?

А. Зціджування молочних залоз.

В. Скасування грудного годування.

С. Зігріваючий компрес на молочні залози.

Д. Скасувати користування бюстгальтером.

Е. Продовжити годування груддю за потребою*

3. Що необхідно проводити лікарю для визначення динаміки інволюції матки після пологів?

А. Проводити ультразвукове дослідження органів малого тазу.

В. Проводити рентгенологічне дослідження.

С. Щоденно визначати висоту дна матки над лоном.

Д. Визначати висоту контракційного кільця над лоном.

Е. Визначати обвід живота.

Вірні відповіді: 1В, 2Е, 3С

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

Перша бригада – скласти план ведення післяпологового періоду у породіллі;

Друга бригада – навчання породіллі правильному годуванню новонародженого та прикладання до грудей;

Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи.

Ситуаційна задача:

1. У жінки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку 3200 г, довжиною 51 см. Шкіра новонародженої рожева, кисті і стопи синюшні, крик гучний, адекватне дихання, рефлекс живі, рухи активні. Серцебиття 130 уд./хв., ритмічне. Через 5 хв. шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи.

■ Коли можна прикладати новонароджену дитину до грудей?

На протязі 30 хвилин після народження.

■ Скільки часу родялля з новонародженим має знаходитись в пологовій залі?

На протязі 2 годин.

■ Яке обстеження проводять породіллі під час знаходженні в пологовій залі?

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

■ Яка крововтрата у послідовому та ранньому післяпологовому періодах є фізіологічною?

Загальна крововтрата у послідовому та ранньому післяпологовому періодах в середньому

дорівнює 250-300 мл, але не більше 0,5% від маси тіла жінки (не більше 500 мл).

■ Яке обстеження породіллі проводять в післяпологовій палаті?

Вимірювання температури тіла 2 рази на добу, визначення характеру та частоти пульсу, вимірювання артеріального тиску, стан молочних залоз, визначення висоти стояння дна матки, її консистенції, кількість лохій.

■ Які основні принципи грудного вигодовування?

Найбільш фізіологічним способом годування новонароджених є грудне вигодовування; грудне вигодовування поліпшує перебіг адаптивного періоду, сприяє ставленню місцевого і загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування у новонародженого; годування новонародженого за вимогою.

■ Які основні переваги сумісного перебування матері та дитини?

Годування дитини на вимогу, профілактика гіпотермії дитини, профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

Нетипові задачі:

1. У повторнородящої 33 років народилася жива доношена дівчинка вагою 3600, довжина 52см, оцінена по Апгар 8-8б. На другу добу неонатального періоду з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів.

Яка найбільш вірогідна причина цього стану?

2. У жінки, яка народила вдруге, на 3-ю добу післяродового періоду протягом дня були відсутні виділення із статевих шляхів. Яка найбільш вірогідна причина цього стану? Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби післяпологового періоду.

3. Породілля просить рекомендувати їй оптимальний режим грудного вигодовування. Що Ви їй рекомендуєте?

4. На першу добу після пологів у породіллі розвинулася затримка сечі. Через 8 годин після катетеризації сечового міхура з'явилися скарги на часте, болісне сечовипускання, різі в кінці сечовипускання, імперативні позиви, біль в надлобковій області. Температура тіла субфебрильна. Пологи проведені per vias naturalis під епідуральною анестезією. Найбільш

вірогідна причина ускладнення, що виникло? Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби післяпологового періоду.

5. На першу добу після народження мати звернула увагу на темно-зелений колір випорожнень новонародженого.

Чим це обумовлено?

6. У породіллі на другу добу післяпологового періоду виділення із статевих шляхів мають кров'яний характер, при мікроскопії майже суцільно полягають з еритроцитів.

Визначте тактику введення породіллі, відповідно доби післяпологового періоду.

Відповіді:

Задача 1. Статевий криз.

Задача 2. Лохіометра (затримка в порожнині матки лохій). Тактика – бімануальне піхвове дослідження, УЗД, призначення спазмолітиків, утеротоніків, за показаннями – антибактеріальна терапія, вишкрябання порожнини матки.

Задача 3. Основний режим вигодовування новонароджених - годування на вимогу малюка.

Задача 4. Рефлекторна, гостра затримка сечі після епідуральної анестезії. Цистит. Тактика ведення – призначення відповідної дієти, уроантисептиків, антибіотиків.

Задача 5. Перший кал новонародженої дитини – меконій – складається зі злущених епітеліальних клітин кишечника, слизу та жовчних пігментів, тому має густу консистенцію і темно-зелений колір.

Задача 6. Спостереження.

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

Протоколи, стандарти, нормативні матеріали:

Клінічна настанова, заснована на доказах «Нормальна вагітність». Наказ Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 09.08.2022 № 1437, яким затверджено Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» .

Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Фізіологічні пологи», затверджений наказом МОЗ України від 26 січня 2022 року № 170.

Алгоритм правильного прикладання дитини до грудей

- 1) Мати повинна сісти чи лягти у зручному положенні і розслабитись. Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лягти поклавши дитину поряд. Якщо їй зручно, вона може покласти дитину на подушку.
- 2) Сядьте поряд з матір'ю на одному рівні так щоб вам було зручно. Покажіть їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.
- 3) Голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з тілом, а її живіт – навпроти живота матері.
- 4) Якщо необхідно, підтримайте дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Її голова має бути злегка відкинута назад.
- 5) Матері слід підняти груди рукою і дати дитині всю молочну залозу, а не тільки сосок. Не потрібно защемляти пальцями сосок чи ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині в рот.
- 6) Мати може доторкнутись соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення.
- 7) Зачекайте поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати. Швидко прикладіть дитину до грудей.
- 8) Прикладіть дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини буде прилягати до грудей. В такому положенні сосок буде знаходитись трохи вище центру дитячого рота і зможе стимулювати піднебіння.

Мал. 1. Дитина правильно прикладена до грудей матері

Мал. 2 Дитина неправильно прикладена до грудей матері

Основні способи положення дитини біля грудей

I. Як допомогти матері, яка сидить:

Мал. 3

Мал. 4

- переконайтесь, щоб мати сиділа у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, їй допомогти можна за допомогою подушки.
- Якщо дитина лежить у матері на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб їй не треба було нахилятися вниз, щоб прикласти дитину до грудей.

Інші позиції дитини біля грудей в положенні “сидячи”.

Положення “з-під руки” - голова дитини знаходиться на китиці руки матері, але. Це положення може бути корисним для:

- годування близнюків;
- якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду;
- для лікування лактостазу;
- якщо для матері така позиція є просто зручною

Положення, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, китицею руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Такий спосіб рекомендується у наступних випадках:

- дитина з малою вагою при народженні;
- дитина ослаблена або з вродженими вадами;
- мати віддає перевагу цьому положенню

II. Як допомогти матері, яка “лежить”

Мал.6.5

Мати годує дитину лежачі.

Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (в якій вона може спати), при цьому голова має лежати у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою.

Досить частою причиною того, чому дитину важко прикласти до грудей в положенні лежачи є те, що дитина знаходиться занадто високо і її голівці приходится нахилитися вперед, щоб дотягнутися до соска.

Годування в положенні “лежачи” корисно у таких випадках:

- після акушерських втручань, які ускладнюють здійснення годування в положенні сидючи (кесарів розтин, епізіо-, перінеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати не встаючи з ліжка

III. Інші положення

- мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати);
- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до груді, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

Післяпологова контрацепція: метод лактаційної аменореї (МЛА).

- висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного вигодовування і відсутності менструальної кровотечі (аменорея),
- годування грудьми повинно початися одразу після пологів,
- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним, не менше 8-10 разів на добу,
- інтервал між годуванням вночі не повинен перевищувати 6 годин.

Анатомо-фізіологічні особливості періоду новонародженості.

Неонатальний період:

- ранній неонатальний (від народження до 7 доби);
- пізній неонатальний (від 7 до 28 діб життя).

Ознаки зрілості новонародженого:

- зріст більше 47 см,
- маса більше 2500 г,
- обвід голови у доношених дітей 33-36 см, може перевищувати обвід грудної клітини на 1-2 см,
- переднє тім'ячко відкрите, його розміри у нормі не перевищують 2,5-3 см,
- заднє - мале тім'ячко - діаметром не більше 0,5 см,
- пупкове кільце розташоване на середині між лоном та мечоподібним відростком,
- шкіра рожева, здорова, розвинута,
- сироподібна змазка знаходиться тільки в пахових та пахвинних складках шкіри,
- нігті прикривають кінці фалангів пальців,
- довжина волосся на голівці досягає 2 см,
- хрящі вух і носа тугі,
- у хлопчиків яєчка опущені в мошонку, у дівчаток малі статеві губи й клітор прикриті великими статевими губами.

Догляд за новонародженим:

Спільне перебування матері та дитини.

Етапи:

- 1) контакт "шкіра-до-шкіри" в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;

- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері.

Переваги сумісного перебування матері та дитини:

- годування дитини на вимогу,
- профілактика гіпотермії дитини,
- профілактика внутрішньолікарняної інфекції.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини:

- 1) відкрита форма туберкульозу;
- 2) гострі психічні захворювання матері.

Догляд за пуповинним залишком, пупковою ранкою.

- фізіологічний термін відпадання пуповинного залишку від 5 до 15 діб,
- не обробляти пуповинний залишок антисептиками та антибактеріальними засобами за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини “шкіра-до-шкіри” з подальшим спільним перебуванням,
- за умови відсутності раннього контакту “шкіра до шкіри ” матері і дитини та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки розчином бриліантової зелені,
- при забрудненні пуповинного залишку (залишки сечі, випорожнень тощо) необхідно відразу промити пуповинний залишок теплою кип'яченою водою з милом та ретельно просушити його чистою пелюшкою або серветкою,
- необхідно підтримувати пуповинний залишок завжди сухим та чистим.

Догляд за шкірою:

- підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось раковини, дівчаток спереду в напрямку до сідниць,
- не доцільно без медичних показів використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі, тощо,
- одяг новонародженого повинен бути чистим і сухим,
- перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах.

Виписка новонародженого з пологового стаціонару

- 1) пуповинний залишок або ранка повинні бути сухими та чистими, без ознак запалення,
- 2) дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5оС-37,5оС,
- 3) дитина має добрий смоктальний рефлекс,

- 4) проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, обстеження на фенілкетонурию та вроджений гіпотиреоз,
- 5) дитина має задовільний стан,
- 6) мати проінформована про загрозливі стани дитини, при яких негайно треба звертатися за медичною допомогою:
- дитина погано смокче груди,
 - судоми,
 - порушення дихання (часте або утруднене),
 - гіпо- або гіпертермія,
 - пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися,
 - гіпотонія або підвищена збудливість дитини,
 - блювота або діарея.
- 7) в день виписки проведено зважування дитини та огляд педіатра-неонатолога, поінформовано лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини про виписку з пологового стаціонару.

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

- оцінити інволютивні зміни матки відповідно до терміну фізіологічного післяпологового періоду;
- оцінити характер та кількість лохій; на підставі клінічних даних оцінити перебіг післяпологового періоду;
- проводити консультування щодо методу лактаційної аменореї.
- Контроль практичних навичок

В навчальній кімнаті:

- на фантомі визначити рівень розміщення дна матки відносно лонного зчленування та консистенцію матки;
- на фантомі визначити стан молочних залоз;
- на фантомі продемонструвати правильне прикладання новонародженого до грудей;
- на фантомі продемонструвати основні клініко-функціональні параметри здорових доношених новонароджених.

Контроль професійних вмінь

У пологовому відділенні:

- визначити рівень розміщення дна матки відносно лонного зчленування та консистенцію матки у породіллі;
- оцінити характер та кількість лохій у породіллі;

- - зробити висновок про відповідність стану матки і лохій фізіологічній нормі післяпологового періоду;
- - визначити стан молочних залоз та характер лактації у породіллі;
- - навчити породіллю правильно годувати новонародженого;
- - на підставі обстеження породіллі з урахуванням даних лабораторних методів дослідження, оцінити перебіг післяпологового періоду;
- - визначити клініко-функціональні параметри здорового доношеного новонародженого.

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

Нетипова задача

Задача 1.

Породілля А., друга доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,80С, пульс ритмічний. Внутрішні органи без патологічних змін. Молочні залози дещо збільшились, гіперемії немає, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка щільна, безболісна, контури чіткі, дно розташоване на 14 см вище лона. Лохії кров'янисті у невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення не було.

Питання:

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

Задача 2.

Породілля С., 5-та доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, температура тіла 36,60С, пульс ритмічний, 72 удару в 1 хвилину. З боку внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Молочні залози збільшені у розмірах, з підвищеною щільністю, не гіперемовані, ділянка ареоли у задовільному стані. Матка скоротилась, безболісна, дно знаходиться на 8 см вище лона. Лохії кров'янисто-серозні, в невеликій кількості. Сечовиділення вільне. Випорожнення 1 раз на добу.

Питання:

1. Діагноз.

2. Зміни характеру лохій у післяпологовому періоді.
3. Склад жіночого молока.
4. Причини, які викликають порушення сечовиділення в післяпологовому періоді.
5. Чи відповідає склад лохій та висота розташування дна матки у цієї породіллі 5-й добі післяпологового періоду?
6. Динаміка інволюції шийки матки в післяпологовому періоді.

Задача 3.

Породіллі М., 10-а доба після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, скарг не має. Температура тіла 36,70С, пульс ритмічний, 72 удару в 1 хвилину. З боку внутрішніх органів патологічних змін не знайдено. Молочні залози м'які, безболісні при огляді, ділянка ареоли не змінена. Матка скоротилась, дно над лоном не визначається. Лохії серозно-слизові, незначні. Випорожнення та сечовиділення вільні.

Питання:

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

Задача 4.

У первістки загальна тривалість пологів склала 10 годин 15 хвилин. Народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, довжиною 31 см. Шкіра новонародженої рожева. Кисти та стопи ціанотичні, крик гучний, дихання глибоке, рефлексивні живі, рухи активні, серцебиття 130 уд/хвилину, ритмічне. Через 5 хвилин шкіра кінцівок порожівіла, з'явилися смоктальні рухи. Голівка новонародженої доліцефалічної форми, витягнута зпереду дозад, на лівій тім'яній кістці визначається невелика рожева пухлина.

Питання:

1. Сумісно з неонатологом оцініть новонароджену за шкалою Апгара.
2. Коли можна прикласти цю дитину до грудей?
3. Визначте, в якому передлежанні та позиції народжувався плід
4. Вкажіть послідовність заходів з первинної обробки новонародженого.

Задача 5.

В пологовому відділенні за рік народилось 3500 новонароджених (2000 хлопчиків та 1500 дівчаток). З них народилось живими 3430 новонароджених, мертвими – 20. померло в ранньому післяпологовому періоді (перші 7 діб) 50 новонароджених.

Питання:

1. Визначте перинатальну смертність в пологовому відділенні.

2. Визначте мертвонародженість у відділенні.
3. Визначте ранню неонатальну смертність у відділенні.

Відповіді:

Задача 1.

1. Післяпологовий період, друга доба.
2. Зміни маси матки в післяпологовому періоді: зразу після пологів маса матки дорівнює 1000 г, к кінцю першого тижня – 500 г, другого – 350 г, третього – 200 г, к кінцю післяпологового періоду (на 6-8 – ому тижні) 50-70 г.
3. В перші 3-4 доби після пологів у породіллі секретується молозиво, до 15-17 доби – перехідне молоко, далі – секрет – істинне молоко зі стабільним составом.
4. В першу добу після пологів у породіллі секретується молозиво – густа, жовтувата, лужної реакції рідина з високим вмістом білків (2,25%), молочних кульок (жирові краплини), молозивних тілець (лейкоцити у стадії жирового переродження).
5. У післяпологовому періоді у породіллі спостерігається затримка випорожнень, що викликана атонією кишківника, яка виникає в результаті розслаблення м'язів передньої стінки черева, обмеження рухової активності. Відновлюється функція кишківника на 3 добу після пологів. У породіллі А., відсутність випорожнень на 2-гу добу після пологів відповідає нормі:
6. Зразу після пологів дно матки розташоване на 16-18 см вище симфізу. Через 10-12 годин дно матки встановлюється на рівні пупа і кожного наступного дня опускається на 2 см. Рівень дна матки у породіллі А. відповідає другій добі післяпологового періоду.
7. На другій добі післяпологового періоді породіллі потребує наступних призначень:
 - Режим – вільний
 - Гігієна зовнішніх статевих органів
 - Догляд за молочними залозами
 - Бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів.

Задача 2.

1. 5-та доба післяпологового періоду, перебіг – нормальний.
2. В перші 3 доби лохії являють собою раньовий секрет, який складається майже з чистої крові, мають кров'янистий характер (червоні лохії); на 4-6-у добу вони стають кров'янисто-серозними (жовтувато-рожеві лохії); на 7-9-у добу серозно-слизовими (жовті лохії); з 10-12-ї доби – серозно-слизовими (білі лохії). К кінцю третього тижня лохії припиняються.
- 3 Шийка матки зразу ж після народження посліду має вид в'ялого тонкостінного мішка, канал шийки матки вільно пропускає кисть. В подальшому шийка формується з середини

назовні: спочатку закривається перешийок, потім – отвір матки. Перешийок на третю добу прохідний для одного пальця, к 7-10 добі він закривається. Отвір матки закривається к кінцю третього тижня післяпологового періоду.

4. Молоко – непрозора біла емульсія, що містить в 1 мм³ біля 5 млн. молочних жирових кульок. Склад молока, %: вода – 88, молочний цукор – 7, жир – 3,3, білки – 1,5; солі та інші – 0,2; відносна кількість – 1026 – 1036.

5. Порушення сечовипускання у породіллі (затримка, утруднення) пов'язані з особливостями перебігу пологів.

Причини:

- Тривале здавлювання сечового міхура голівкою плода, що викликає розлади кровообігу (набряк) та іннервації (парез) сечового міхура;
- Садна та тріщини пологового каналу, що викликають сильний біль при попаданні на них сечі.
- Невміння здійснювати сечовиділення лежачі.

Задача 3.

1. Десята доба післяпологового періоду.

2. Після народжування у жінки знижується маса тіла за рахунок елементів плідного яйця (приблизно), г: 3000 – маса плода, 500 – маса посліду, 500 – маса навколоплідних вод, 300 – крововтрата. Таким чином втрата маси тіла складає 4300 – 4500 г. Перебігом перших трьох тижнів зменшується маса матки – з 1000 до 50 г. В подальшому маса тіла жінки стає стабільною.

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

4. Після пологів зникає плацентарний круг кровообігу, значно зменшується судинна сіть матки (за рахунок скорочення та інволюції матки), обсяг крові, що циркулює (крововтрата в першому періоді пологів). При цьому значно зменшується навантаження на серце. Артеріальний тиск встановлюється на нормальних величинах, пульс в післяпологовому періоді ритмічний, доброго наповнення, частота 70-80 в 1 хвилину.

Задача 4.

1. Стан новонародженої за шкалою Апгар: на першій хвилині $2+1+2+2+1=8$, через 5 хвилин 10 балів.

2. Дитина що народилась у задовільному стані, повинна бути прикладена до грудей впродовж 30 хвилин після народження.

3. Дитина народилась в потиличному передлежанні, першій позиції.

Задача 5.

1. Показник неонатальної смертності (х, 0/00) обчислюється за наступною формулою:

В пологовому відділенні перинатальна смертність склала:

0/00

2. Показник мертвонароджуваності (х, 0/00) обчислюється за формулою:

В пологовому відділенні мертвонароджуваність склала:

0/00

3. Показник ранньої неонатальної смертності (х, 0/00) обчислюється за формулою:

В пологовому відділенні рання неонатальна смертність склала:

Тестові завдання для самоконтролю

1. Доношена дитина народилася з масою тіла 3200 г, довжиною тіла 50 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8-10 балів. Який оптимальний термін першого прикладання новонародженого до грудей?

A. В перші 30 хвилин

B. В перші 6 годин

C. В перші 24 години

D. В перші 48 годин

E. Після 48 годин

2. Породілля, перша доба після пологів. Загальний стан задовільний, $t_{\text{о}}-36,6^{\circ}\text{C}$, $P_{\text{с}}-80/\text{хв}$.

З боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Молочні залози трохи збільшені, гіперемії немає, при натисненні із соска виділяється густа, жовта рідина. Який характер секрету молочних залоз?

- A. **Молозиво**
- B. Молоко
- C. Гній
- D. Сукровиця
- E. Серозний

3. У породілі 24 років, на 5 добу раптово підвищилась температура тіла до 38,70С. Скаржиться на слабкість, головний біль, біль по низу живота, роздратованість. Об'єктивно: АТ-120/70мм рт. ст., PS-92 уд/хв, Т-38,70 С. Піхвинно: матка збільшена як на 12 тиж. вагітності, щільна, дещо болюча при пальпації, цервікальний канал пропускає 2п/п, виділення помірні, мутні, з неприємним запахом. Загальний аналіз крові - лейкоцитоз із зсувом вліво, лімфопенія, ШОЕ-30 мм/год. З якою патологією слід проводити диференційну діагностику в першу чергу?

- A. **Лохіометра.**
- B. Параметрит.
- C. Пельвіоперитоніт.
- D. Метрофлебіт.
- E. Гематометра.

4. Породілля 22 років. Вагітність та пологи нормальні. Народила дівчинку вагою 3300,0, оцінка по шкалі Апгар 8 балів. Коли можна вперше прикласти дитину до грудей?

- A. **Після проведення першого туалету новонародженої**
- B. Через 1 годину
- C. Через 2 години
- D. На слідуючу добу
- E. Через 2 доби

5. У породіллі 25-ти років відбулися пологи II, термінові, нормальні. 3-я доба післяпологового періоду. Температура тіла - 36,80С, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагублі, ареоли чисті. Живіт м'який, безболісний, дно матки на 3 поперечні пальця нижче від пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який імовірний діагноз?

- A. **Фізіологічний перебіг післяпологового періоду**
- B. Субінволюція матки
- C. Післяпологовий метроендометрит
- D. Залишки плацентарної тканини після пологів
- E. Лактостаз

6. У породіллі 24-х років післяпологовий період, 4-а доба. Пологи відбулися перші, своєчасні, без ускладнень. Загальний стан породіллі задовільний. Температура тіла 36,6°С. Рс- 78/хв, ритмічний. Молочні залози в стані нагрубання. Дно матки на 2 см нижче пупка. Матка в нормотонусі, безболісна. Лохії кров'яністі, помірні. Випороження, сечовиділення в нормі. Яке лікування доцільно призначити?

- A. Утеротонічні препарати**
- B. Аналгетики
- C. Антибіотики
- D. Естрогенні гормони
- E. Препарати, які припиняють лактацію

7. Породілля 22 р. народила живу доношену дитину. Перший і другий період пологів перебігав нормально. Стан породіллі задовільний, АТ 120/80 мм.рт.ст.. Пульс 78 уд./хв. Кровотечі немає. Сечовиділення самостійне, одразу після народження дитини. Яка тактика лікаря щодо ведення 3-го періода пологів.

- A. Активне ведення 3 періоду пологів**
- B. Зовнішній масаж матки.
- C. Легке потягування за пуповину.
- D. Виділення посліду за Абуладзе.
- E. Приступити до ручного відділення плаценти.

8. Породілля 30 років, пологи II, термінові, нормальні. 5 доба післяпологового періоду. Температура тіла 36,7°С, Рс - 74/хв, АТ- 120/70 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрубли, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 4 п/п нижче пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який можна встановити діагноз?

- A. Фізіологічний перебіг післяпологового періоду**
- B. Субінволюція матки
- C. Післяпологовий метроендометрит
- D. Залишки плацентарної тканини після пологів
- E. Лактостаз

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №15

ТЕМА: «АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ПЛІДНОГО ЯЙЦЯ. БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з поняттям «аномалії розвитку плідного яйця, «багатоплідна вагітність», сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до аномалії розвитку плідного яйця, багатоплідної вагітності; викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття (перелік питань): Аномалії позазародкових елементів плідного яйця/плаценти, плідних оболонок і пупкового канатика. Багатоводдя і маловоддя: причини, діагностика тактика ведення вагітності, наслідки для плода і новонародженого. Спадкові та вроджені захворювання плода. Діагностика. Показання до медико-генетичного консультування.

Багатоплідна вагітність: класифікація, діагностика, особливості перебігу та ведення багатоплідної вагітності. Пологи при багатоплідній вагітності.

В останні роки серед причин неонатальної і дитячої смертності перше місце посідає уроджена патологія плода. В кожній 5-го дитини реєструється патологія, що виникла антенатально, та в .30% випадків призводить до розвитку різних захворювань чи є фоном для їх виникнення.

Рання діагностика уродженої патології плода, сприяє народженню здорової дитини.

Знання сучасних методів діагностики антенатального стану плода, під час неускладненої вагітності сприяє виявленню патології плода на ранніх етапах перебігу вагітності.

Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів. Зважаючи на велику кількість ускладнень під час вагітності і в пологах при багатоплідді, своєчасне розпізнання та проведення профілактичних чи лікувальних заходів призводять в кінцевому результаті до зниження материнської та перинатальної смертності.

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

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність діагностувати невідкладні стани

- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції

- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Аномалії позазародкових елементів плідного яйця/плаценти, плідних оболонок і пупкового канатика.
- Багатоводдя і маловоддя: причини, діагностика тактика ведення вагітності, наслідки для плода і новонародженого.
- Спадкові та вроджені захворювання плода.
- Діагностика. Показання до медико-генетичного консультування.
- Багатоплідна вагітність: класифікація, діагностика, особливості перебігу та ведення багатоплідної вагітності.
- Пологи при багатоплідній вагітності.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

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

Питання:

1. Дайте визначення поняття «аномалії плідного яйця».
2. Методи діагностики при аномаліях плідного яйця.
3. Дайте визначення поняттям «багатоводдя» та «маловоддя».
4. Яка частота багатоводдя?
5. Яка клініка та діагностика багатоводдя та маловоддя?
6. Ведення вагітності та пологів при багатоводді.
7. Причини та частота багатоплідної вагітності.
8. Класифікація багатоплідної вагітності.
9. Назвіть ускладнення багатоплідної вагітності.
10. Методи діагностики багатоплідної вагітності.

11. Опишіть можливі варіанти положення плодів в матці та ускладнення.
12. Назвіть особливості перебігу пологів при багатоплідній вагітності та показання до кесаревого розтину.

Типові тестові завдання:

1. Жінка, що багато народжувала, надійшла в стаціонар з діагнозом: багатоплідна вагітність. Можливі ускладнення вагітності і пологів:

A. Передчасні пологи.

B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

C. Потиличне передлежання плоду, задній вид.

D. Гострий дистрес плоду.

E. Багатоводдя.

2. У 31-літньої породіллі в ранньому післяпологовому періоді почалася маткова кровотеча. Жінка народила двійню через природні пологові шляхи. Визначте найбільш ймовірну причину кровотечі:

A. Розрив шийки матки.

B. Атонія матки.

C. Розрив матки.

D. Затримка частки плаценти і плодових оболонок у порожнині матки.

E. Тромбоцитопенія.

3. У першовагітній у терміну 15-16 тижнів рівень α -фетопротейна в сироватці крові значно перевищує норму. Вагітність наступила на тлі стимуляції овуляції клостилбегітом. При ультразвуковому дослідженні виявлено двійню. Як варто трактувати підвищений рівень α -фетопротейна в даному випадку?

A. Симптом багатоплідності.

B. Дефект невральної трубки.

C. Недооцінка гестаційного терміну.

D. Некроз печінки плодів.

E. Порушення остеогенеза плодів.

4. У відділення патології вагітності надійшла першовагітна 22 років зі скаргами на ниючі болі внизу живота. Має сестру-близнюка. Термін вагітності 33 тижня. Обвід живота 107 см. Висота стояння дна матки 37 см. Тонус матки підвищений. Серцебиття вислуховується

праворуч нижче пупка, 136 уд/хв і ліворуч на рівні пупка, 138 уд/хв. Найбільш ймовірна причина ускладнення вагітності?

- А. Тазове передлежання плоду.
- В. Гестоз.
- С. Багатоводдя.
- Д. Багатоплідна вагітність.**
- Е. Великий плід.

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Нетипові тестові завдання

1. У пологовий будинок надійшла жінка 26 років через 4 години від початку регулярної родової діяльності. Вагітність третя, 38-39 тижнів, пологи другі. Таз нормальних розмірів. При зовнішньому акушерському дослідженні над входом у малий таз визначається голівка плоду, у дні матки чітко пальпуються дві великі частини плоду, одна з яких – голівка. Серцебиття чітко вислуховується ліворуч нижче пупка, 136 уд/хв і праворуч вище пупка 150 уд/хв. Обвід живота 119 см. Висота стояння дна матки 42 см. Найбільш ймовірний компонент діагнозу?

- А. Макросомія.
- В. Природжені вади розвитку плоду.
- С. Двійня.**
- Д. Затримка внутрішньоутробного росту плоду.
- Е. Маловоддя.

2. Вагітна в терміні 38 тижнів надійшла у відділення патології вагітності. Діагностована двійня. Передлежання першого плоду ножне, положення другого плоду поперечне.

Визначте план ведення?

- A. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- B. Пологи через природні пологові шляхи.
- C. Ургентний кесарів розтин.
- D. Плановий кесарів розтин.**
- E. Призначити гімнастику, що коригує.

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

Методи пренатальної діагностики

Амніоцентез – одержання трансабдомінальним шляхом навколоплідних вод, що містять фібробласти плода (проводять у терміні вагітності 15–17 тиж).

Біопсія ворсин хоріона – трансабдомінальна (якщо плацента розташована по передній стінці матки) або трансцервікальна (якщо плацента розміщена на задній стінці матки) аспірація ворсин хоріона (проводять у терміні вагітності 19–12 тиж).

Кордоцентез – трансабдомінальне взяття крові з пуповини (проводять після 20 тиж вагітності) для швидкого аналізу каріотипу в тих випадках, коли при УЗД було виявлено аномалії розвитку плода.

Біопсію шкіри плода (переважно шкіри зі спини) застосовують для виявлення тяжких спадкових захворювань шкіри (природжений іхтіоз, бульозний епідермоліз, гіперкератоз та ін.).

Лабораторні методи

Цитогенетичне дослідження – вивчення клітин плода, отриманих різними методами. Дає можливість визначити аномалії кількості хромосом. ДНК-аналіз – використання ДНК клітин плода для проведення ПЛР (природжений токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція), реакції гібридизації (муковісцидоз, серпоподібноклітинна анемія), аналізу зчеплення генів (синдром ламкої Х-хромосоми). Біохімічний аналіз використовують для виявлення мукополісахаридозу, природженої гіпоплазії кіркової речовини надниркових залоз. Визначення клітин плода в материнському кровотоку – виділення ядерних еритроцитів і клітин трофобласта плода з подальшим генетичним аналізом. Флюоресцентна гібридизація *in situ* – аналіз інтерфазних клітин для цитогенетичних досліджень. Передімплантаційна генетична діагностика – метод біопсії ембріона з подальшим молекулярно-генетичним аналізом із використанням ПЛР. Тривимірне УЗД – тривимірна реконструкція тіла плода з використанням спеціалізованих ультразвукових апаратів. МРТ плода проводять після виявлення вад розвитку плода при УЗД.

Тактика ведення вагітності

Усім вагітним жінкам необхідно провести УЗД в терміні вагітності

11 тижнів + 1 день – 13 тижнів + 6 днів (КТР більшого плода – від 45 мм до 84 мм) з метою своєчасної діагностики БВ та визначення хоріальності (додаток 2), а також точного терміну вагітності та для розрахунку особистих ризиків можливого синдрому Дауна та інших хромосомних аномалій (трисомій 13, 18) шляхом здійснення просівних досліджень для пошуку можливого синдрому Дауна та трисомій 13, 18.

При діагностиці БВ обов'язковим є визначення хоріальності.

Для пошуку можливих структурних аномалій плодів усім вагітним з БВ має бути проведено УЗД в терміні 20 тижнів + 0 днів – 20 тижнів + 6 днів. При БВ структурні аномалії плода (особливо вади серця) виникають частіше, ніж при одноплідній вагітності (далі – ОВ).

Для проведення УЗД з метою виявлення структурних аномалій при БВ слід виділяти не менше 45 хвилин.

Виявлення затримки росту та невідповідного (дискордантного) росту плода/плодів:

1) оцінка темпів росту плодів при БВ здійснюється за допомогою УЗД у динаміці. Для проведення УЗД з метою оцінки біометричних показників плодів при БВ слід виділяти не менше 30 хвилин.

Не використовують гравідограму для оцінки темпів росту плодів при БВ;

2) наявність затримки росту плода (плодів) (далі – ЗРП) виявляють шляхом порівняння біометричних показників (поперечний розмір мозочка, міжтім'яний розмір та обвід голівки, обвід животика, довжина стегна) зі значенням 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності (від умовного

1-го дня останніх місячних). ЗРП – плід, розміри якого менше значення 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності;

3) невідповідність (дискордантність) передбачуваних мас плодів слід оцінювати за допомогою двох або більше біометричних параметрів під час кожного УЗД (оцінка різниці у рості плодів).

Невідповідний ріст плодів (далі – НРП) оцінюють за формулою

$$\text{НРП} = (\text{передбачувана маса більшого плода} - \text{передбачувана маса меншого плода}) / (\text{передбачувана маса більшого плода}) \times 100 \%$$

Інтерпретація показника НРП:

менше 10 % – плоди відповідні (конкордатні);

10-20 % – фізіологічна невідповідність;

більше 20 % – невідповідність, що має клінічне значення (патологічна невідповідність).

Наявність НРП більше 20 % є провісником можливої затримки росту меншого плода.

У разі виявлення НРП більше 20 % вагітна має бути скерована у заклад III рівня надання перинатальної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості.

За наявності монохоріального типу плацентації (двійня або трійня) у термін вагітності з 16 до 24 тижня УЗД має проводитись один раз на два тижні з метою своєчасного виявлення ознак СМП.

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. аномалії розвитку плідного яйця,
2. групи ризику вагітних за аномаліями розвитку плода,
3. етіологію та клініку багатоводдя і маловоддя,
4. методи діагностики та лікування багатоводдя і маловоддя,
5. ведення вагітності та пологів при багатоводді та можливі ускладнення,
6. особливості протікання та ведення пологів при багатоплідної вагітності - II рівень;

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. ставити попередній діагноз аномалій розвитку, багато- та маловоддя, багатоплідної вагітності,
2. діагностувати багатоводдя за допомогою зовнішніх методів дослідження,
3. проводити диференційну діагностику багатоводдя, багатоплідної вагітності та великого плода;
4. обґрунтувати діагноз і скласти план лікування вагітної з аномаліями плідного яйця та багатоплідною вагітністю,
5. визначити тактику розродження при цих патологіях – III рівень

Варіанти оформлення відповіді:

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

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

Тестові завдання

1. Вагітна в терміні 38 тижнів надійшла у відділення патології вагітності. Діагностована двійня. Передлежання першого плоду ножне, положення другого плоду поперечне. Визначте план ведення?

- A. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- B. Пологи через природні пологові шляхи.
- C. Ургентний кесарів розтин.

D. Плановий кесарів розтин.

E. Призначити гімнастику, що коригує.

2. Первістка знаходиться в II періоді пологів. Срок вагітності 40 тижнів. Народився один живий хлопчик масою 2400 г, довжиною 48 см. При пальпації матки в ній виявлений ще один живий плід. Положення другого плоду подовжнє, передлежит голівка. Серцебиття плоду 140 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що відкриття шийки матки повне, плодовий міхур цілий. Голівка плоду в порожнині малого таза. Тактика подальшого ведення пологів?

A. Амніотомія, консервативне ведення пологів.

B. Кесарів розтин.

C. Амніотомія, акушерські щипці.

D. Амніотомія, плодоруїнівна операція.

E. Амніотомія, стимуляція пологової діяльності.

3. Вагітна 31 року надійшла зі скаргами на задишку, змушене положення тіла в постелі, швидке збільшення живота. Термін вагітності 29-30 тижнів. Окружність живота 120 см, висота стояння дна матки 38 см. Матка напружена, частини плоду пальпувати не вдається. Серцебиття плоду глухе, 140 уд/хв. Найбільш ймовірний компонент діагнозу?

A. Багатоплідність.

B. Багатоводдя.

C. Великий плід.

D. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

E. Розрив матки.

4. У вагітної 24 років у терміну гестації 24 тижня діагностовано багатоводдя. Дійсна вагітність третя, абортів - два, один з них - мимовільний. В анамнезі хронічний аднексит протягом 5 років. Для з'ясування причини багатоводдя вкажіть додатковий метод дослідження:

A. Загальний аналіз крові.

B. Загальний аналіз сечі.

C. Обстеження на TORCH-інфекції.

D. Мазок на флору.

E. Коагулограма крові.

5. Вагітна 29 років надійшла в стаціонар з пологовою діяльністю. Вагітність доношена, виразне багатоводдя. Обвід живота 114 см, висота стояння дна матки 31 см. Матка напружена, визначається симптом флюктуації. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 140 уд/ хв. Який план ведення пологів:

А. Активно-вичікувальна позиція, пологи вести *per vias naturalis*.

В. Кесарів розтин.

С. Амніотомія рання, повільне випускання навколоплодових вод. Профілактика слабкості пологової діяльності і кровотечі в післяпологовому періоді.

Д. Пологозбудження.

Е. Медикаментозний сон-відпочинок.

6. На прийом в жіночу консультацію звернулась першовагітна 30 років. Термін вагітності за останніми місячними 20 тижнів. З анамнезу встановлено, що жінка перенесла ГРВІ з високою температурою на початку вагітності і приймала лікування (антибіотики, жарознижуючі препарати). При скринінговому УЗ дослідженні діагностовано мікроцефалію. Визначити тактику.

А. Переривання вагітності.

В. Спостереження в динаміці, УЗ-контроль через 1 місяць.

С. Провести амніоцентез.

Д. Необхідно зробити біопсію плаценти.

Е. Виконати кордоцентез.

7. Першороділля 20 років з багатоводдям знаходиться у пологах 3 години. Пологова діяльність активна. Плід один, у головному передлежанні. Серцебиття плода не страждає. Розкриття шийки матки 4 см. Плодовий міхур напружений поза переймами. Визначте тактику ведення пологів:

А. Стимуляція пологів простагландінами.

В. Вичікувальна тактика.

С. Кесарів розтин.

Б. Сон-відпочинок.

Е. Амніотомія.

8. Повторнородяча, 34 роки, поступила до пологового будинку з доношеною вагітністю і багатоводдям, з цілими навколоплідними водами. Обвід живота – 112 см, ВДМ – 38 см,

матка напружена, наявна ознака флюктуації, частини плода пальпуються погано. Серцебиття плода приглушене. Перейми регулярні. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, края тонкі, розкриття до 4 см, плідний міхур цілий, напружений, передлежача частина - голівка, рухлива над входом у малий таз. Яка тактика ведення пологів?

- A. Акушерський сон до злиття навколоплідних вод.
- B. Кесарів розтин.
- C. Амніотомія, закінчити пологи через пологові шляхи.**
- D. Амніотомія з подальшою екстракцією плода за тазовий кінець.
- E. Родостимуляція з введенням простагландинів.

9. Вагітна в терміні 38 тижнів поступила у відділення патології вагітних. Діагностовано двійню. Перший плід знаходиться у ножному передлежанні, другий – в поперечному. Визначте план розродження.

- A. Призначити корегуючу гімнастику.
- B. Пологи через природні пологові шляхи.
- C. Вилучення 1-го плода за ніжку, 2-го - зовнішньо-внутрішній акушерський поворот.
- D. Провести зовнішній поворот за Архангельським.
- E. Плановий кесарів розтин.**

10. Вагітна 20 років поступила у пологове відділення. При ультразвуковому дослідженні виявлено двійню, строк вагітності 37-38 тижнів. Обидва плоди знаходяться у тазовому передлежанні. Відійшли навколоплідні води. Яка тактика ведення пологів ?

- A. Пологостимуляція.
- B. Кесарів розтин.**
- C. Очікувальна тактика.
- D. Акушерські щипці.
- E. Поворот плода на ніжку.

11. В нормі кількість навколоплодових вод при доношеній вагітності:

- A. 600-1500 мл.**
- B. 500-600 мл.
- C. 1600-2000 мл.
- D. 2000-2300 мл.
- E. 2000-2500 мл.

12. Кількість навколоплодових вод при багатоводді:

- A. 600-1500 мл.
- B. 500-600 мл.
- C. Більше 1500 мл.**
- D. Більше 2000 мл.
- E. Більше 2500 мл.

13. Можливі причина багатоводдя:

- A. Хронічна інфекція
- B. Цукровий діабет
- C. Резус-конфлікт
- D. Вади розвитку плода
- E. Все перелічене.**

14. Основні скарги вагітної при гострому багатоводді:

- A. Втрата апетиту.
- B. Задишка.
- C. Недомагання.
- D. Відчуття тяжкості і болі в животі і попереку.
- E. Все перелічене.**

15. Основні діагностичні критерії при багатоводді:

- A. Блідість шкіри, посилення венозного малюнку на животі.
- B. Обвід живота і висота стояння дна матки більше терміну вагітності.
- C. Матка кулеподібної форми.
- D. Положення плода нестійке, частини плода пальпуються з труднощами або не визначаються.
- E. Все перелічене.**

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №16

ТЕМА: «ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І В ПОЛОГАХ. ЗАТРИМКА РОЗВИТКУ ПЛОДА»

Мета: Засвоїти функції плаценти, поняття плацентарна дисфункція, класифікацію плацентарної дисфункції, поняття затримка розвитку плода, малий для гестаційного віку (МГВ) плід, поняття дистрес плоду, методи діагностики внутрішньоутробного стану плода, методи діагностики дисфункції плаценти, критерії оцінки стану плода при дослідженні його біофізичного профілю, параметри серцевого ритму при аналізі КТГ, тактику ведення вагітності з дистресом плода.

Основні поняття: Плацентарна дисфункція, дистрес плода, затримка розвитку плода: фактори ризику, класифікація, діагностика, тактика ведення вагітності, профілактика.

Методи діагностики стану плода: неінвазивні - УЗД, КТГ, біофізичний профіль плода, доплерометрія, МРТ; інвазивні - амніоцентез, кордоцентез, біопсія хоріону. Біохімічні методи дослідження у різні терміни вагітності.

На підставі багатьох досліджень доведено, що здоров'я новонародженого в значній мірі визначається течією антенатального періоду. Встановлено, що найбільш частою причиною порушень стану плода під час вагітності є плацентарна дисфункція.

Плацентарна дисфункція служить головною причиною розвитку дистреса плода, затримки росту й розвитку плода, тому дуже важливо під час вагітності правильно оцінювати функції плаценти та проводити адекватну терапію її дисфункції з метою пролонгування вагітності до строку. Рання діагностика вродженої патології плода та патології плаценти, а також своєчасна терапія патологічних змін забезпечує народження здорового малюка.

Знання сучасних методів діагностики антенатального періоду плода під час неускладненої вагітності сприяє виявленню патології плода на ранніх етапах терміну вагітності.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

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

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.

- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

Плацентарна дисфункція, дистрес плода, затримка розвитку плода: фактори ризику, класифікація, діагностика, тактика ведення вагітності, профілактика.

Методи діагностики стану плода: неінвазивні - УЗД, КТГ, біофізичний профіль плода, доплерометрія, МРТ; інвазивні - амніоцентез, кордоцентез, біопсія хоріону. Біохімічні методи дослідження у різні терміни вагітності.

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

Питання:

1. Яке визначення поняття дисфункція плаценти?
2. Яка класифікація дисфункції плаценти?
3. На підставі яких методів можлива діагностика ЗРП?
4. Які методи використовуються для діагностики функціонального стану плода при ЗРП?
5. Яка тактика ведення вагітності та розродження жінок із ЗРП?
6. Що означає термін «дистрес плода»?
7. Які методи використовуються для діагностики дистресу плода?
8. Які порушення серцебиття плода при аускультатії свідчать про дистрес плода?
9. За якими критеріями оцінюється стан плода при дослідженні його біофізичного профілю?
10. Які параметри серцевого ритму оцінюють при аналізі КТГ?
11. Які критерії доплерометричного дослідження свідчать про наявність патологічного кровоплину в артерії пуповини?
12. Яка тактика ведення вагітності з дистресом плода?
13. Що є показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності?
14. Які методи діагностики дистресу плода використовуються під час пологів?

15. Які параметри серцевого ритму при кардіотокографічному дослідженні свідчать про наявність дистресу плода під час пологів?
16. Яка тактика ведення пологів при визначені дистресу плода?

Типові ситуаційні задачі:

1. В акушерське відділення була госпіталізована вагітна 32 років, у терміні вагітності 32 тижня з діагнозом плацентарна дисфункція. При ультразвуковому дослідженні була виявлена невідповідність у 2 – 4 тижні між розмірами плода та фактичним терміном вагітності. Які методи дослідження необхідно призначити додатково?

Відповідь: ВДМ в динаміці, біофізичний профіль плода, нестресовий тест, доплерівське дослідження: АП, МА, СМА.

2. Вагітна 26 років надійшла в пологовий будинок з діагнозом: Вагітність II, 36 тижнів. ЗРП. Об'єктивно: висота дна матки над лоном 30 см, при вислуховуванні серцебиття плоду – глухість тонів. Відзначається відсутність збільшення маси тіла жінки. Дані анамнезу: вагітна вживає алкоголь. Яка ЗРП може спостерігатися в даному випадку?

Відповідь: Пізня ЗРП.

Типові тестові завдання:

1. Які функції виконує плацента?
- A. Трофічна.
 - B. Ендокринна.
 - C. Дихальна.
 - D. Видільна.
 - E. Все перераховане
2. Які методи дослідження необхідні при ЗРП?
- A. ВДМ в динаміці.
 - B. Біофізичний профіль плода, НСТ.
 - C. Доплерівське дослідження судин.
 - D. УЗД.
 - E. Все перераховане

Вірні відповіді: 1- E, 2-E.

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання. Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки. Друга бригада – скласти алгоритм лікування. Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

Нетипові ситуаційні задачі:

1. До жіночої консультації звернулась вагітна, 23 роки, в терміні вагітності 32 тижні, висота дна матки над лоном 28 см, відзначається відсутність збільшення маси тіла жінки. Які обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу ЗРП?

Відповідь: Необхідно провести ультразвукове дослідження, визначити рухову активність плоду, біофізичний профіль плоду, нестресовий тест, доплерівське дослідження: АП, МА, СМА.

2. Вагітна 30 років, в терміні вагітності 36 тижнів, знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу помірної прееклампсії. Відставання висоти стояння дна матки на 5 см від передбачуваного для даного гестаційного віку, що свідчить про ЗРП. Якою повинна бути висота дна матки над лоном при нормально розвинутої вагітності в даному терміні?

Відповідь: ВДМ, виміряна в см між 24 і 38 тижнями вагітності, приблизно відповідає гестаційному віку.

Нетипові тестові задачі:

1. Першонароджуюча, 32 років, в пологах. Голівка плода у порожнині малого тазу.

Серцебиття плода почало уповільнюватися, з'явилася аритмія. Що робити?

А. Накладання вихідних акушерських щипців.

В. Накладання вакуум-екстрактора.

С. Проведення термінового кесарієвого розтину.

Д. Проведення епізіотомії.

Е. Накладання порожнинних акушерських щипців.

2. Першонароджуюча, 30 років, пологова діяльність триває 4 години. Пологи - термінові. Перейми тривалістю 30-35 сек., через 5 хв. Вилились меконіальні води. Серцебиття плода - 90 ударів за хвилину. При піхвовому обстеженні : шийка матки згладжена, відкриття зовнішнього вічка шийки матки - 3 см, голівка плода у площині входу в малий таз. Які дії найбільш доцільні ?

А. Медикаментозний сон.

В. Акушерські щипці.

С. Терміновий кесарів розтин.

Д. Введення утеротоніків.

Е. Введення спазмолітиків.Вірні відповіді:1 - Е, 2 - С.

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

Плацентарна дисфункція - це патологічний морфофункціональний стан плаценти, який проявляється дистресом та синдромом затримки росту плода.

Плацентарна дисфункція визначається порушенням функцій плаценти, головними з яких є:

- синтез і депонування необхідних для нормального росту плода речовин;
- газообмін між організмом матері й плода;
- продукування гормонів та регуляція їх синтезу;
- імунологічний захист і виділення метаболітів плода;
- участь в материнсько-плодовому кровообігу до індукуючого і регулюючого впливу на пологовий акт;
- продукування та депонування різних біологічно активних речовин (простагландинів, серотоніну, кінінів, катехоламінів, ацетилхоліну, окситоцину, мікроелементів тощо).

Етіологія плацентарної дисфункції.

- вік молодше 17 років і старше 35;
- несприятливі соціально-побутові умови (недостатнє харчування, хронічні стреси);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання (TORCH-інфекції);
- екстрагенітальні захворювання (нейроендокринні порушення, серцево – судинні захворювання (гіпертензія), захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (вади розвитку та пухлини матки, хронічні запалення ендометрію);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, прееклампсія, анемія тощо)

Патогенез плацентарної дисфункції.

Зниження плинності і порушення відтоку крові викликають, в першу чергу, невідповідність між швидкістю забезпечення міжворсинчатого простору киснем і потребою в ньому клітин та тканин ФПК.

Згодом це призводить до вторинної тканинної гіпоксії у вигляді зниження в клітинах кисню, зниження активності дихальних ферментів, пригнічення окислювальних реакцій та накопичення недоокислених продуктів, зсуву кислотно-лужного стану та рН в бік ацидозу, зміни іонної рівноваги.

1. Плацентарна теорія (порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки)
2. Імунологічна теорія.
3. Інфекційна теорія.
4. Гормональна теорія.

Плацентарна теорія (теорія порушення інвазії трофобласта в спіральні артерії матки).

На 8-10 тижні вагітності інвазія трофобласта розповсюджується на децидуальні сегменти спіральних артерій. При цьому в стінках спіральних артерій проходить заміщення м'язових та еластичних волокон фібриноїдом, який не здатний реагувати на вазопресорні фактори.

На 16-18 тижні – інвазія в міометральні сегменти спіральних артерій, чим і закінчується модифікація матково-плацентарних судин. При порушенні інвазії трофобласту в плацентарних судинах частково зберігається гладенько-м'язеві структури, здатні реагувати на вазоактивні стимули, у зв'язку з чим не відбувається їх достатня вазодилатація, що призводить до ішемії плаценти. Сегменти спіральних артерій, які знаходяться в міометрії залишаються анатомічно не зміненими і зберігають чутливість до вазоконстрикторних стимулів. В зв'язку з неможливістю інвазії трофобласту фізіологічна адаптація матково-плацентарного кровотоку обмежується лише рівнем децидуального сегмента судин.

Імунологічна теорія. Внаслідок зменшення синтезу гуморальних супресорних факторів при вагітності (α -фетопротейну, хоріонічного гонадотропіну) відбувається активна взаємодія між плодовими антигенами і материнськими антитілами з утворенням циркулюючих імунних комплексів, які викликають пошкодження ендотелію матково-плацентарних судин.

Інфекційна теорія. У вагітних з високим індексом інфекційних захворювань має місце висока тропність деяких мікробних збудників (особливо з групи TORCH-інфекцій) до хоріальної тканини.

Гормональна теорія. Внаслідок недостатності статевих гормонів (особливо прогестерону) порушується цитотрофобластична інвазія із редукцією матково-плацентарного кровотоку та гіпоплазією плаценти.

Класифікація плацентарної дисфункції:

I. За клініко-морфологічними ознаками:

- первинна дисфункція (до 16 тижнів) виникає при формуванні плаценти в період імплантації, раннього ембріогенезу і плацентації під впливом генетичних, ендокринних, інфекційних та інших факторів.

Клінічно проявляється у вигляді загрози переривання вагітності, мимовільного викидня раннього терміну або вагітністю, що не розвивається.

- вторинна виникає після 16 тижнів вагітності, під впливом материнських факторів.

II. По клінічному перебігу:

- гостра;
- хронічна.

III. По тяжкості перебігу: компенсована, субкомпенсована, декомпенсована.

IV. По морфо-патогенетичним змінам функції плаценти:

- гемодинамічна (викликана порушеннями в матково-плацентарному і плодово-плацентарному басейнах);
- плацентарно-мембранна (характеризується зниженням здатності плацентарної мембрани до транспорту метаболітів);
- клітинно-паренхіматозна (пов'язана з порушеннями клітинної активності трофобласта і плаценти).

У патогенезі гемодинамічних розладів матково-плацентарного кровообігу відіграють роль наступні процеси: недостатня інвазія позаворсинкового трофобласту у стінку спіральних судин матки, зменшення артеріального притоку внаслідок спазму маткових артерій у результаті артеріальної гіпертензії у матері, сповільнення венозного відтоку від плаценти на тлі тривалого підвищення маткового тонуусу або варикозної хвороби матері, порушення капілярного кровоплину в термінальних ворсинках, порушення реологічних властивостей крові при вродженій або набутій тромбофілії.

Діагностика плацентарної дисфункції:

- визначення ВДМ;
- ультразвукова біометрія плода;
- ультразвукова оцінка стану плаценти, навколоплідних вод;

- оцінка стану плода шляхом вивчення його рухливої активності і серцевої діяльності (біофізичний профіль плода, нестресовий тест);
- вивчення плацентарного кровообігу, кровотоку в судинах пуповини і великих судинах плода (ультразвукова доплерометрія): АП, МА, СМА;
- функціональні проби визначення стану плода;
- амніоскопія;
- визначення рівня гормонів в крові і специфічних білків вагітності в динаміці (плацентарний лактоген, хоріонічний гонадотропін, естрадіол та естріол, прогестерон).

Лікування плацентарної дисфункції.

1. Покращення матково-плацентарної перфузії, в тому числі і на рівні мікроциркуляції;
2. Нормалізація метаболічних процесів в організмі матері і плода;
3. Покращення газообміну між організмами матері і плода.

Профілактика плацентарної дисфункції.

1. Виключення впливу шкідливих факторів, особливо в перші дні і тижні вагітності: куріння, прийом алкоголю і медикаментів без призначення лікаря.
2. Санація вогнищ інфекції та терапія хронічних захворювань, якщо вони не були проліковані до вагітності.
3. Дотримання раціонального повноцінного харчування, режиму відпочинку, сну у період вагітності і на прегравідарному етапі.
4. Виділення і взяття на облік вагітних групи високого ризику по розвитку плацентарної дисфункції, ЗРП.

Дистрес плода.

Всі порушення функціонального стану плода визначаємо терміном «дистрес плода»

Патогенез дистресу плода.

Головним патогенетичним фактором, який приводить до порушення функцій організму плода, обмінних процесів, виникненню термінального стану плода - є киснева недостатність.

Порушення стану плода під час вагітності і в пологах виникає на фоні різних ускладнень як з боку вагітної, так і фетоплацентарного комплексу.

Виділяють чотири основні групи факторів, що можуть викликати дистрес плода.

Фактори ризику дистресу плода

1. Патологічні стани, що приводять до порушення транспорту кисню до матки:

- Порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна та легенева патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);
 - Гемічна гіпоксія у матері (анемія вагітних);
 - Циркуляторні порушення у матері (гіпотензія, гіпертонічні розлади при вагітності, прееклампсія).
2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
- Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - Окклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротробозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переношування);
 - Аномалії пологової діяльності.
3. Власно плацентарні фактори:
- Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
4. Патологічні стани плода і пуповини:
- Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)
 - Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).

Методи діагностики дистресу плода:

1. **Аускультация серцевої діяльності** (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину:
 - фізіологічний норматив – 110 - 170 уд/хв
 - частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода.
 2. **Біофізичний профіль плода (БПП)** (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплідних вод)
- модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини. Для оцінки кількості навколоплідних вод використовують дві методики. Перша – оцінка максимальної глибини вертикальної кишені (вона індифікує глибину кишені 2-8 см як нормальну, 1-2 см як межову, менш 2 см як знижену (маловоддя), більше 8 см як підвищену (багатоводдя)).

Друга методика – оцінка індексу амніотичної рідини (сума самих глибоких вертикальних кишень рідини в чотирьох квадрантах матки, при цьому центральною точкою є пупок).

3. Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці).

Діагностичні критерії:

- Нормальний кровоплин – високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить не більше 3.
- Патологічний кровоплин:
 1. Сповільнений кровоплин – зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить більше 3.
 2. Термінальний кровоплин (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):
 - Нульовий – кровоплин у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)
 - Негативний (реверсний, зворотний) – кровоплин у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії)

Діагностика

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.
- 2) При визначенні частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофіля плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини – госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода

1. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце: патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче); повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів); сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини; критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

2. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.
3. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.
4. Пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках БПП та доплерометрії плодового кровотоку.
5. При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):
 - при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.
6. Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникненні постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Тактика лікування вагітних з дистресом плода.

До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне розродження.

Розродження вагітних з дистресом плода.

1. Пологи через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при: нормальному або сповільненому кровоплині у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);
2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:
 - критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);
 - гострий дистрес плода (патологічні брадікардія та децелерації ЧСС незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності);
 - патологічний БПП (оцінка 4 бали і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки

Діагностика дистресу плода під час пологів

1. Аускультация серцебиття плода: патологічна ЧСС (>170 уд./хв. або <110 уд./хв.)
2. Кардіотокографія (КТГ):
 - тахікардія чи брадікардія;
 - стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше);

- ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з аплітудою понад 30 уд./хв.;
- синусоїдальний ритм більше 40% запису.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура.

Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода.

Тактика ведення пологів при дистресі плода

1. Уникати положення роділлі на спині
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений.
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері, необхідно провести відповідне лікування.
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а ЧСС плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При виставленні діагнозу “дистрес плода” необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів - кесарів розтин;
 - у другому періоді пологів: при головному передлежанні – вакуум-екстракція або акушерські щипці; при сідничному - екстракція плода за тазовий кінець.

Затримка росту плода (ЗРП)

Затримка росту плода (ЗРП) визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів, найчастіше – плацентарної дисфункції. В усьому світі ЗРП є основною причиною мертвонародження, неонатальної смертності, коротко - та довгострокової захворюваності.

Малим для гестаційного віку (МГВ) вважається плід, якщо передбачувана маса плода (ПМП) або маса тіла дитини при народженні менше 10-го перцентилі для гестаційного віку.

Ризики, пов'язані з затримкою росту плода.

Антенатальні

- Мертвонародження
- Прееклампсія
- Відшарування плаценти
- Передчасні пологи

Неонатальні (короткострокові)

- Неонатальна смертність
- Неонатальна захворюваність (гіпоглікемія, гіпербілірубінемія, гіпотермія, некротизуючий ентероколіт, респіраторна захворюваність, внутрішньошлункові крововиливи)

Неонатальні (довгострокові)

- порушення психомоторного розвитку
- метаболічний синдром (ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання)

Поширені етіологічні чинники затримки росту плода.

Субоптимальна матково-плацентарна перфузія та живлення плода

a. Материнські (преплацентарні) фактори

- Гіпоксемія (хронічні хвороби легенів, проживання в умовах високогір'я)
- Анемія
- Куріння, зловживання психоактивними речовинами (кокаїн, метамфетаміни)
- Мальабсорбція, недостатній приріст маси тіла
- Токсини навколишнього середовища: забруднення повітря, важкі метали (свинець, ртуть), перфтороктанова кислота

b. Плацентарні фактори

- Патологія, пов'язана з материнською мальперфузією (інфаркти, відкладення фібрину, хронічне відшарування)
- Патологія, пов'язана з плодовою мальперфузією
- Хронічне запалення плаценти (наприклад, вілліт невідомої етіології)
- Обмежений плацентарний мозаїцизм

c. Пуповинні (постплацентарні) фактори

- Надмірне закручування судин пуповини
- Збільшення довжини пуповини
- Справжній вузол пуповини
- Єдина артерія пуповини
- Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини

Патологія плода

- Генетичні порушення (хромосомні, мікрделеції/дуплікації, моногенні захворювання, епігенетичні розлади)
- Структурні аномалії (наприклад, вроджені вади серця, гастрошизис)

- Вроджені інфекції (цитомегаловірус, токсоплазмоз, герпес, краснуха, сифіліс, вірус Зіка, малярія)
- Вплив тератогенів (лікарські засоби, токсини)

Фактори ризику затримки росту плода.

Анамнестичні фактори ризику

a. Материнські демографічні ознаки

- Старший вік
- Недостатня вага
- Проживання в умовах великої висоти
- Тяжка анемія, гемоглобінопатії
- Фактори навколишнього середовища (забруднення повітря, важкі метали, високі температури)

b. Медичні стани

- Хронічна гіпертензія
- Хронічні захворювання нирок
- Системний червоний вовчак
- Запальні захворювання кишечника
- Антифосфоліпідний синдром
- Прегестаційний діабет (тривалий)

c. Акушерський анамнез

- Попередня вагітність із ЗРП або прееклампсією

Біохімічні маркери

- Низький PIGF
- Низький PAPPA-A
- Високий альфа-фетопротеїн

Ультразвукові маркери

- Маткові артерії: пульсаційний індекс > 95 перцентиля
- Маткові артерії: двостороння дикротична виїмка
- Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини
- Дві судини пуповини (єдина артерія пуповини)
- Аномальна морфологія плацента
- Знижена швидкість росту плода

Класифікація затримки росту плода

Рання ЗРП (< 32 тижнів)	Пізня ЗРП (≥ 32 тижнів)
• ПМП чи ОЖ <3-го перцентиля або • АП з НКДШК/РКДШК або • ПМП чи ОЖ <10-го перцентиля у поєднанні з однією або більше з наступних ознак: а. ПІ АП >95-го перцентиля б. ПІ МА >95-го перцентиля	• ПМП чи ОЖ <3-го перцентиля або • ≥2 з наступних 3 критеріїв: а. ПМП чи ОЖ <10-го перцентиля б. ПМП чи ОЖ перцентилі зменшуються >2 квартилів на перцентилях росту с. ЦПВ <5-го перцентиля чи ПІ АП >95-го перцентиля

Рання ЗРП з поширеністю 0,5–1% зазвичай має тяжкий перебіг і частіше асоціюється з патологічними доплерометричними показниками в АП, ніж пізня ЗРП. Патологія плаценти, яка лежить в основі ранньої ЗРП, часто подібна до тієї, що спостерігається у випадках ранньої прееклампсії (судинна материнська мальперфузія), і це пояснює тісний зв'язок ранньої ЗРП із прееклампсією. Основною проблемою у випадках ранньої ЗРП є ведення (тобто визначення терміну розродження), намагаючись визначити оптимальний баланс між протилежними ризиками мертвонародження та недоношеності.

Пізня ЗРП зустрічається частіше, ніж рання ЗРП, із поширеністю 5–10%. На відміну від ранньої ЗРП, вона зазвичай має більш легкий перебіг, рідше поєднується з прееклампсією та звичайно асоціюється з нормальними доплерометричними показниками в артеріях пуповини. Діагноз пізньої ЗРП головним чином ґрунтується на адаптивних змінах у мозковому кровообігу («перерозподіл» або «ефект захисту мозку»), що відображається в низькому опорі кровотоку в СМА. Враховуючи, що при пізній ЗРП доплерометричні показники в артеріях пуповини та венозній протоці звичайно залишаються в межах норми, природний перебіг у цих випадках є менш передбачуваним, й існує ризик раптової декомпенсації та мертвонародження.

Діагностика затримки росту плода

1. Вимірювання висоти дна матки (ВДМ).

ВДМ вимірюють у жінки в положенні лежачи за допомогою нееластичної метричної стрічки після того, як вона спорожнила сечовий міхур. ВДМ визначається як відстань від верхньої межі лобкового симфізу до дна матки. ВДМ, виміряна в см між 24 і 38 тижнями вагітності, приблизно відповідає гестаційному віку. Такі фактори, як ожиріння матері, лейоміома матки та багатоводдя, можуть додатково обмежувати точність ВДМ як інструменту скринінгу.

2. Ультразвукове визначення маси плода (ПМП- передбачувана маса плода)

Стандартна біометрія плода включає оцінку ОГ, біпаріетального діаметра, ОЖ і ДС. Маса плода оцінюється на основі різних комбінацій чотирьох вищезазначених біометричних показників, з використанням однієї з багатьох опублікованих формул. Точність більшості формул знаходиться в діапазоні $\pm 10\%$, і показано, що помилка є більшою при граничних значеннях маси плода, на точність оцінки також впливають такі фактори, як стать плода, передлежання та багатоплідність (більша при вагітності двійнею).

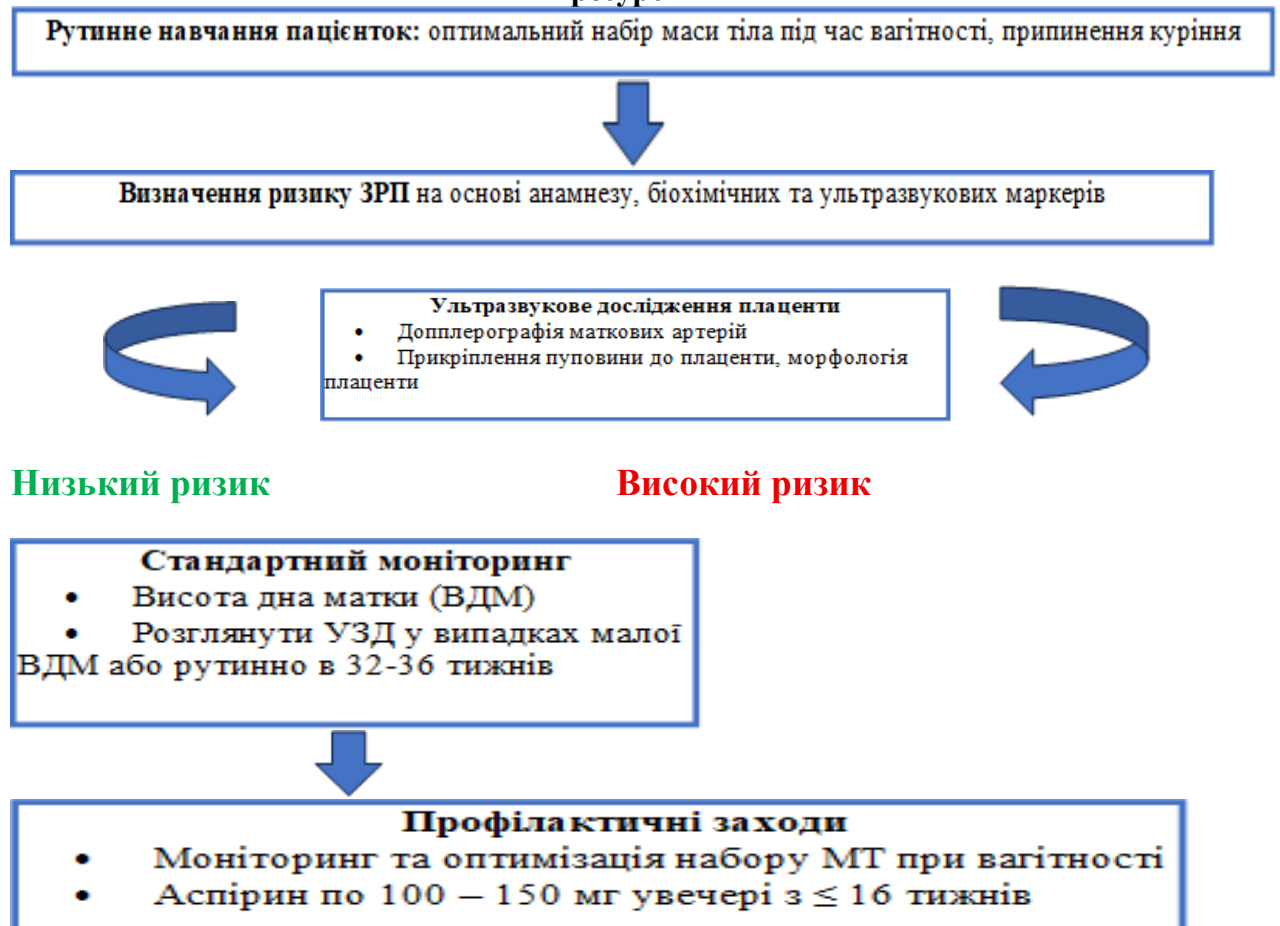
Ведення вагітності із затримкою росту плода

Рекомендації щодо моніторингу, термінів і методу розродження у випадках підозри на ЗРП

Отримані дані	Ризик мертвонародження	Пропозиції щодо моніторингу	Терміни і метод розродження
МГВ (ПМП в межах 3-9 перцентилів, нормальні кількість вод і результати доплерометричних досліджень)	Низький	• Допплерометрія (АП, СМА) кожні 1-2 тижні • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	• 37–39 тижнів • Метод розродження: індукція пологів
Неускладнена ЗРП < 3-го перцентиля (нормальні кількість вод і результати доплерометричних досліджень)	Низький	• Допплерометрія (АП, СМА) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень	• 36–38 тижнів • Метод розродження: індукція пологів
ЗРП з помірними патологічними змінами: • Ранні доплерометричні зміни: a. АП ПІ > 95 перцентиля, або b. СМА ПІ 95 перцентиля • Маловоддя • Субоптимальний інтервал росту • Підозра на преєклампсію	Низький	• Розглянути моніторинг в умовах стаціонару • Розглянути кортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні	• 34–37 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин або індукція пологів
ЗРП із НКДШК/РКДШК в артерії пуповини	• Загальний ризик мертвонародження: a. НКДШК: 6.8%, ВР 3,6 (2,3–5,6) b. РКДШК: 19%, ВР 7,3	• Моніторинг в умовах стаціонару • Кортикостероїди для дозрівання легень плода	• НКДШК: 32–34 тижні • РКДШК: 30–32 тижні • Метод

	(4,6–11,4) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу з мережею безпеки: а. НКДШК: 0–1% б. РКДШК: 1–2% • Середній час до погіршення стану: а. НКДШК: 5 днів б. РКДШК: 2 дні	• БФП/НСТ 1-2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) кожні 1-2 дні • Фетометрія кожні 2 тижні	розродження: кесарів розтин
ЗРП з патологічною доплерометрією у ВП	• Загальний ризик мертвонародження: 20%, ВР 11,6 (6,3–19,7) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу з мережею безпеки а. Збільшений ПІВ у ВП: 2% б. Нульова/реверсна А-хвиля у ВП: 4%	• Моніторинг в умовах стаціонару • Кортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) щоденно	• 26–30 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин

Підхід до скринінгу, діагностики та ведення затримки росту плода в умовах високих ресурсів





Підозра на ЗРП



Моніторинг

- Навчання вагітних підрахунку рухів плода, симптомів преєклампсії, моніторингу артеріального тиску
- БФН/НСТ, амніотична рідина, доплер
- Ріст плода: кожні 2 тижні
- Призначення антенатальних кортикостероїдів згідно за стандартними протоколами



Розродження

- Вибір терміну ґрунтується на гестаційному віці та результатах УЗД/НСТ
- Сульфат магнію для нейропротекції плода відповідно до стандартних протоколів
- Віддавати перевагу балонному катетеру над препаратами простагландинів для преіндукції пологів
- Постійний моніторинг серцевого ритму плода
- Плаценту слід надсилати на патологогістологічне дослідження при доступності



Післяпологове спостереження та консультування щодо наступних вагітностей

- Спостереження за дитиною
- Навчання пацієток превентивним стратегіям для зниження ризику майбутніх серцево-судинних захворювань
- Консультування щодо ризику повторення і ведення наступних вагітностей, включаючи оптимізацію харчового статусу, припинення куріння, профілактику аспірином, стратифікацію ризиків, моніторингу росту плода й артеріального тиску вагітної

Підхід до скринінгу, діагностики та ведення затримки росту плода в умовах обмежених ресурсів

Рутинне навчання пацієток: оптимальний набір маси тіла під час вагітності, припинення куріння

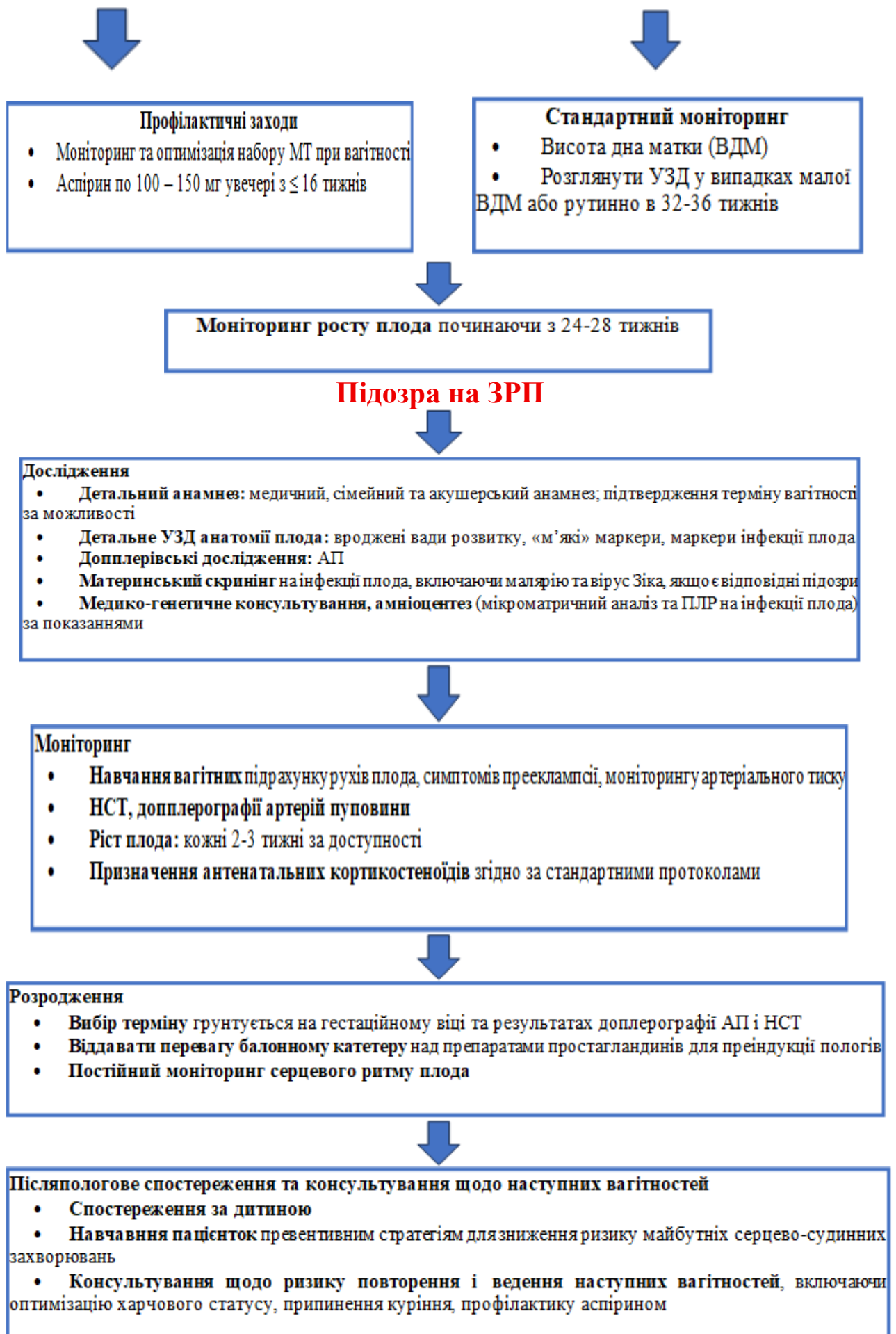


Визначення ризику ЗРП на основі анамнезу, біохімічних та ультразвукових маркерів



Високий ризик

Низький ризик



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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали:

1. Стандарт медичної допомоги «Затримка росту плода», о затвердженний наказом МОЗ України від 2 жовтня 2023 р № 1718.
2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Фізіологічні пологи», затверджений наказом МОЗ України від 26 січня 2022 року № 170.
3. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

Відеоматеріал – учбові фільми «Фізіологія вагітності», «Фізіологічні пологи».

Найбільшого поширення набула бальна оцінка біофізичного профілю плода (табл. 1).

Таблиця 1

Комплексна оцінка основних параметрів біофізичного профілю плода (Mannig F. і співав., 1987)

Параметри	Бали 2	0
Кількість навколоплодових вод	Навколоплодові води візуалізуються в більшій частині порожнини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки вод перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини перевищує 5 см	Навколоплодові води не візуалізуються в більшій частині порожнини матки. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки вод не перевищує 1 см або індекс амніотичної рідини не перевищує 5 см
Рухова активність плода	Наявність не менше трьох окремих рухів тулуба плода протягом 30 хв спостереження	Наявність двох або менше окремих рухів тулуба плода протягом 30 хв спостереження
Дихальні рухи плода	Реєстрація за 30 хв не менше як одного епізоду дихальних рухів плода тривалістю 30 с і більше	Відсутність дихальних рухів плода при реєстрації епізоду дихальних рухів тривалістю менше 30 с протягом 30 хв
М'язевий тонус	Кінцівки плода перебувають у стані флексії; тулуб дещо зігнутий, голівка притиснута до грудей. Після виконання рухів плід повертається у висхідне положення	Кінцівки і тулуб плода частково або повністю розігнуті, кисть розкрита. Після виконання рухів плід не повертається до стану флексії
Нестресовий тест	Наявність двох і більше акцелерацій з амплітудою не менше 15 ударів і тривалістю не менше 15 с протягом 20 хв дослідження	Наявність менше двох акцелерацій з амплітудою менше 15 ударів і тривалістю менше 15 с протягом 20 хв дослідження

Оцінка БПП – 7-10 балів – задовільний стан плода; 5-6 балів – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні); 4 бали і нижче - патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове пологорозрішення).

2.2. Кардіотокографічне дослідження плоду.

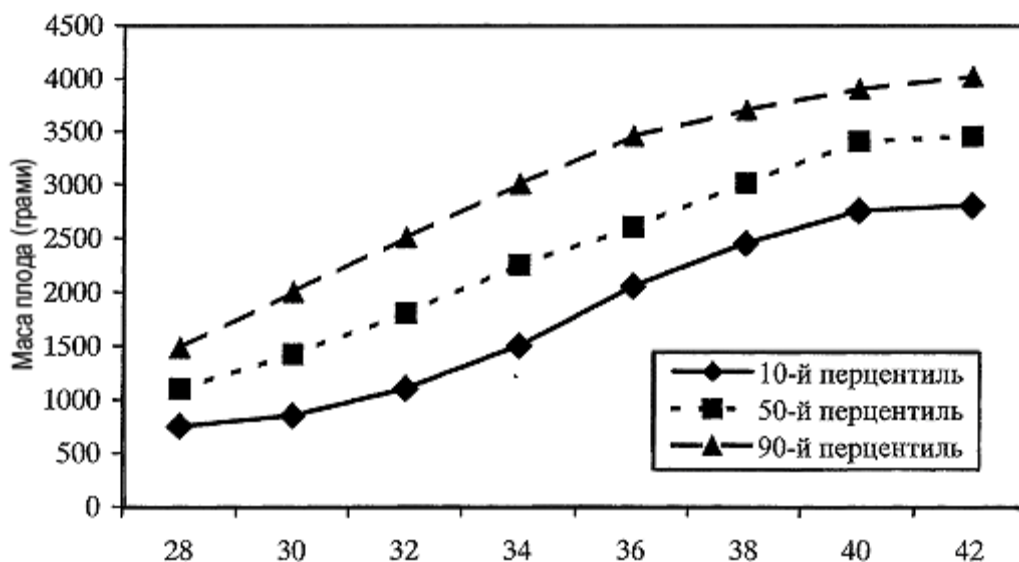
Реєстрація змін числа серцевих скорочень плода одночасно із змінами скоротливої активності матки і ворухіннями плода на папері за допомогою електронної апаратури одержала назву **кардіотокографії (КТГ)**.

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.

2.3. Ехокардіографія плоду.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) - рис. 1.



Термін вагітності (тижні)

Рис.1 Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності

Примітка. 10 перцентиль та менше відповідає малим для гестаційного віку плодам; 50 перцентиль - середнім (нормальним) за масою плодам; 90 перцентиль та більше - великим для гестаційного віку плодам (імовірність крупного плода).

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 короточасні 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) сплющена - гранично хвилеподібна з відхиленням від 5 до 9 уд/хв.

в) хвилеподібна - від 10 до 25 уд/хв.

г) пульсаційна - (скачуща, 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).

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).

IV. Децелерації - це тимчасові зміни БЧСС, які характеризуються зменшенням БЧСС.

- Спонтанні децелерації (dip 0) - короточасні 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.

Таблиця 2 Оцінка стану плода у пологах за шкалою Фішера (1976 р.)

2.Варіабельність: амплітуда. уд, частота в I хв	< 3 <	3-6	>6-25 >6
3.Акцелерації за 30 хв	0	Періодичні, 1 - 4 спорадичні	5 та більш спорадичні
4.Децелерації за 30 хв.	dip II, тяжкі dip III	dip II, середньої тяжкості dip II, легкі	0 dip I dip O

❖ Для діагностики дистресу плода застосовується оцінка біофізичного профілю плода (з 30 тижнів); аускультация серцевої діяльності (з 20 тижнів), доплерометрія швидкості

кровоплину в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці).

Діагностичні критерії доплерометрії швидкості кровоплину в артерії пуповини:

- нормальний кровоплин;
- патологічний кровоплин:
 1. сповільнений кровоплин;
 2. термінальний кровоплин (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода)
- нульовий;
- негативний (реверсний, зворотній).

Лікування:

- До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.
- Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне полого розрішення.

Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються:

1. Аускультация серцебиття плода – кожні 15 хв. Протягом активної фази і кожні 5 хв протягом другого періоду пологів.

За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять КТГ.

2. Кардіотокографія. При дистресі плода упологах на КТГ виявляється одна чи декілька патологічних змін: тахікардія чи брадикардія стійка монотонність ритму, ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд/хв.

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчать про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура.

Тактика ведення пологів:

- ☐ Уникати положення роділлі на спині;
- ☐ Припинити введення окситоцину, якщо він був призначений раніше;
- ☐ Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
- ☐ Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.

☐ ***При визначенні дистресу плода необхідне термінове полого розрішення:***

у I періоді пологів – кесарів розтин;

у II періоді:

- при головному передлежанні – вакуум-екстракція плода або акушерські щипці;
- при сідничному передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець.

**АЛГОРИТМ тактики ведення вагітності з дистресом
плода**

Таблиця: Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів

Показник	Градації	Оцінка плода	стану	Рекомендація
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесаревий розтин
	брадікардія	109-100	припустима	моніторинг ЧСС
		< 100	дистрес	кесаревий розтин
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження

Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадікардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	< 90	дистрес	екстракція плода
		10-25	задовільна	спостереження
		5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		монотонна	3-4	припустима
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	2 і менше	дистрес	екстракція плода
		відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
	пізні	> 60	дистрес	екстракція плода
		відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
	варіабельні	> 45	дистрес	екстракція плода
		відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
	> 60	дистрес	екстракція плода	

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

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо визначення положення плода в матці (повздовжнє, поперечне), визначення передлеглої частини плоду (потиличне, тазове передлежання), вислуховування серцебиття плоду.

Обговорюється необхідність вміти проводити кардіотокографію.

Проводиться опанування оцінювання результатів КТГ, БПП, фетометрії.

Оволодіти та удосконалити навички:

- огляду, зовнішнього акушерського дослідження, аускультативної серцебиття плоду,
- внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі),
- аналіз результатів КТГ, фетометрії, біофізичного профілю плода (БПП), доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини.

Вміти :

- оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів,
- оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП),
- оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини,
- оцінювати ступінь затримки розвитку плода за даними УЗД,
- визначати і оцінювати серцебиття плоду (аускультативно, КТГ),
- оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар,

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

Нетипова задача

1. Пацієнтка 23 років, вагітність перша, термін вагітності 39 тижнів. За 5 годин до моменту надходження в пологовий будинок вилилися навколоплідні води. При надходженні в пологовий будинок пацієнтку турбують перейми через 4 хвилини по 35 секунд середньої сили, підтікання навколоплідних вод. При об'єктивному обстеженні виявлено: зріст 167 см, вага 80 кг. Розміри таза при пельвіометрії: 26-28-31-20 см. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 36 см. Збільшення маси за вагітність 12 кг. Шкірні покриви фізіологічного забарвлення, набряків немає. АТ 115/70 мм.рт.ст., ЧСС 80 уд/хв., температура тіла 36,7°C. Тіло матки тонізується, перейми через 4 хвилини по 35 секунд середньої інтенсивності. Плід розташовується паралельно довгій осі матки, спинка плода розташована ліворуч, головка плода притиснута до входу в малий таз. При аускультативній серцевої діяльності плода виявлено: ЧСС 180 в 1 хв., тони ритмічні, приглушені. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, краї шийки матки щільнуваті, помірно розтяжні, товщиною 0,5 см. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому

косому розмірі площини входу в малий таз, мале тім'ячко розташовано зліва спереду, плодовий міхур не визначається, мис недосяжний, екзостозів немає, підтікають зеленуваті води. Проведена кардіотокографія, виявлено: базальна ЧСС 180 уд./хв., ранні децелерації амплітудою > 50 уд./хв. з зменшенням ЧСС до 90 ударів в 1 хв.

Встановіть діагноз. Тактика ведення.

Відповідь: Вагітність I, пологи I, термінові в поздовжньому положенні, головному передлежанні, I позиція, передній вид. I період пологів. Гострий інтранатальний дистрес плода.

Термінове розродження шляхом операції кесарів розтин.

Нетипова задача

2. Породілля Д., доставлена з районної лікарні з доношеною вагітністю. Пологова діяльність триває протягом 10 годин.

Анамнез: дана вагітність шоста, в анамнезі 2 пологів і 3 медичних абортів - без ускладнень. Другі пологи ускладнилися слабкістю пологової діяльності. Дитина народилася в стані асфіксії тяжкого ступеня. Остання вагітність закінчилася медичним абортів 2 роки тому. При даній вагітності спостерігається в жіночій консультації з 14 тижнів вагітності. Вагітність протікала на фоні анемії вагітних легкого ступеня, отримувала амбулаторне лікування. При терміні вагітності 25 тижнів протягом 10 днів перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу загрози передчасних пологів. Загальна прибавка маси тіла 12 кг. Протягом вагітності пройшла 3х - кратне УЗД: при терміні 10 тижнів - низька плацентажія; в 22 тижні - без патології; при терміні 32 тижні - ознаки передчасного дозрівання плаценти. Об'єктивно: зріст 157 см, маса тіла 64 кг. Пульс 78 уд/хв., ритмічний, АТ 120/75 мм. рт. ст. Температура тіла 36,6°C. Розміри таза 26-28-30-20 см, окружність живота 105 см, висота стояння дна матки 35 см. Серцебиття плода приглушене, під час перейми уповільнюється до 70 ударів на хвилину, поза перейми відновлюється до 90 ударів на хвилину. Дані піхвового дослідження: піхва жінки, що народжувала, розкриття шийки матки повне, плідного міхура немає. Голівка у вузькій частині порожнини малого таза. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко спереду у лона. Мис не досяжний. Підтікають навколоплідні води з домішками меконію. На кардіотокограмі: БЧСС - 80 уд/хв., акцелерації - відсутні, пізні децелерації амплітудою > 50 уд./хв., тривалістю > 90 секунд.

Встановіть діагноз. Тактика ведення.

Відповідь: Вагітність VI, пологи III, термінові в поздовжньому положенні, головному передлежанні, передньому виді. II період пологів. Гострий інтранатальний дистрес плода. ОАГА.

Термінове розродження шляхом вакуум - екстракції.

Тести

1. Роділля в пологах 8 годин. Пологова діяльність слабка, перейми по 25 секунд, 2 перейми за 10 хв. При піхвовому дослідженні: розкриття шийки матки - до 6 см, передлежить голівка. При огляді вилилися навколоплідні води з домішками меконію. Серцебиття плода 108/хв., глухе. Яка тактика ведення пологів?

A. Термінове розродження шляхом операції кесаревого розтину

B. Продовжити консервативне ведення пологів під постійним моніторингом стану плода

C. Призначити полостимуляцію із застосуванням розчину окситоцину

D. Накласти акушерські щипці

E. Спостереження. Лікування дистресу плода

2. Вагітна 28-ми років, термін вагітності 37 тижнів. Вагітна багато палить. Чоловік здоровий. Екстрагенітальної патології не виявлено. Об'єктивно: серцебиття плода 126/хв., приглушене. За даними УЗД розміри плода відповідають розмірам 34-тижневої вагітності. Яка найбільш імовірна причина невідповідності у терміні вагітності?

A. Фетоплацентарна недостатність

B. Гіпоксія плода

C. Вік вагітної

D. Генетична патологія

E. Гормональна недостатність

3. Першородяча 30-ти років. Голівка у порожнині малого тазу. Серцебиття плода почало уповільнюватися, з'явилася аритмія. Що робити?

A. Порожнинні акушерські щипці

B. Вихідні акушерські щипці

C. Кесарів розтин

D. Перінеотомія

E. Шкірно-головні щипці

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №17
ТЕМА: «ІЗОАНТИГЕННА НЕСУМІСНІСТЬ КРОВІ МАТЕРІ ТА ПЛОДА»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з поняттям «ізоантигенна несумісність крові матері та плода»

Основні поняття (перелік питань): Імунологічна несумісність крові матері та плода (резус-конфлікт, несумісність за системою АВО, ізолькоцитарна та ін.). Патогенез, діагностика, тактика ведення, лікування, та профілактика.

Серед клінічних форм імунопатології вагітності найбільш вивчена і займає ведуче місце гемолітична хвороба (ГХ) плода і немовляти, що розвивається внаслідок несумісності організмів матері і плода по різних еритроцитарних антигенах. Знання питань етіопатогенеза захворювання, особливостей акушерської і перинатальної тактики дозволяють у значній мірі зменшити відсоток несприятливих наслідків для плода, що визначає актуальність вивчення даної патології.

План:

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

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції

- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Імунологічна несумісність крові матері та плода (резус-конфлікт, несумісність за системою АВО, ізолькоцитарна та ін.).
- Патогенез, діагностика, тактика ведення, лікування, та профілактика

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

Питання:

Дайте характеристику системам резус і АВ0. Етіологія ізосенсибілізації за резус-фактором і системою АВ0.

Поясніте патогенез ГХ плоду і немовляти.

Приведіть класифікацію ГХ плоду і немовляти.

Дайте клінічну характеристику різних форм ГХ.

Перелічить методи діагностики ГХ плоду і немовляти.

Сформулюйте принципи ведення вагітних з ізоімунізацією.

Дайте характеристику основним методам лікування гемолітичної хвороби в антенатальному періоді.

Сформулюйте принципи терапії гемолітичної хвороби в ранньому неонатальному періоді.

Назвіть методи профілактики розвитку ізоімунного конфлікту.

Тестові завдання

1. У жінки 30-ти років при других пологах народилася дитина з анемічно-жовтяничною формою гемолітичної хвороби. Група крові у жінки $A(II)Rh^-$, група крові в новонародженого $B(III)Rh^+$, у батька новонародженого також $B(III)Rh^+$. Яка найбільш вірогідна причина імуноконфлікту?

- A. Резус-конфлікт
- B. Конфлікт по антигену А
- C. Конфлікт по антигену В
- D. Конфлікт по антигену АВ
- E. Конфлікт по АВ0

2. У жінки 28-ми років при других пологах народилася дівчинка масою 3 400 г, довжиною 52 см з проявами анемії та наростаючої жовтяниці. Група крові у жінки $B(III)Rh^-$, у батька новонародженої - $A(II)Rh^+$, у новонародженої - $B(III)Rh^+$. Яка причина анемії?

- A. Резус-конфлікт
- B. Конфлікт по антигену А
- C. Конфлікт по антигену В
- D. Конфлікт по антигену АВ
- E. Внутрішньоутробне інфікування

3. Першовагітна має резус – негативний тип крові, ізоантитіл не виявлено. Чоловік резус – позитивний. При щомісячному контролі антитіла не виявлені. Яка повинна бути тактика лікаря?

- A. Імунізувати вагітну у 28 тижнів вагітності та після пологів на протязі 72 годин.
- B. Десенсибілізацію та імунізацію не проводити.
- C. Провести імунізацію після пологів на протязі 72 годин.
- D. Проводити десенсибілізуючу терапію, імунізацію не проводити.
- E. Проводити десенсибілізуючу терапію та імунізацію на протязі 72 годин після пологів.

4. Вагітна 26-ти років, вагітність II, 14-15 тижнів. Перша вагітність завершилася абортom у 11-12 тижнів. У жінки - $O(I)Rh^-$, у чоловіка - $O(I)Rh^+$ група крові. Які обстеження необхідно провести жінці?

- A. Визначення антирезусних антитіл
- B. Визначення групових антитіл
- C. Коагулограма
- D. Біохімічний аналіз крові
- E. Кордоцентез

5. У першовагітної 22-х років з $Rh(-)$ негативною приналежністю крові, чоловік $Rh(+)$ позитивний. До 32 тижнів антитіла до Rh не визначалися. У 35 тижнів вагітності під час повторного визначення антитіл до Rh не виявлено. Яка частота подальшого визначення антитіл?

- A. Один раз на тиждень
- B. Один раз на два тижні
- C. Один раз у три тижні
- D. Один раз на місяць
- E. Подальше визначення недоцільне

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

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна О (I), Rh – негативним типом крові в терміні гестації 36-37 тижнів госпіталізована у відділення патології вагітних. Титр природних антитіл - 1:256, імунних антитіл - 1:4, гемолізину – 1:2. При УЗД: у плоду виявлена гепатоспленомегалія, асцит, товщина плаценти 56 мм, багатоводдя. Який діагноз найбільш ймовірний, і яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь – ізоантигенна несумісність крові матері та плоду по Rh-фактору. Гемолітична хвороба плоду. Дострокове пологорозродження шляхом кесаревого розтину.

2. У повторно вагітної з Rh-ізоенсибілізацією виявлено зниження титру резус-антитіл з 1:16 до 1:8 при терміні гестації 25-26 тижнів. При УЗД виявлено подвійний контур голівки, збільшення печінки, потовщення плаценти до 50 мм. Яка подальша тактика?

Правильна відповідь – перервати вагітність

3. У вагітної з Rh-ізоенсибілізацією (титр 1:16) виявлено цукровий діабет I типу. Яка подальша тактика?

Правильна відповідь – перервати вагітність

4. Повторно вагітна з 0(I), Rh- позитивною приналежністю крові в 36-37 тижнів гестації госпіталізована у відділення патології вагітних. Титр природних антитіл 1:256, імунних антитіл 1:64, гемолізину - 1:2. В якому терміні гестації необхідно розродити пацієнтку?

Правильна відповідь – терміново

5. Повторновагітна госпіталізована у відділення патології вагітних при терміні гестації 32-33 тижнів. Група крові А(II), Rh-негативна. В анамнезі двоє пологів Rh-позитивними доношеними плодами. Титр антитіл при цій вагітності 1:16, не підвищується. В якому терміні гестації необхідно провести полого розродження пацієнтки?

Правильна відповідь – в 37-38 тижнів

6. Першовагітній з Rh-негативною приналежністю крові виконано медичний аборт при терміні 10-11 тижнів. Яка подальша тактика лікаря?

Правильна відповідь - введення антирезус γ-глобуліну.

7. У повторно вагітної при взятті на облік в ЖК виявлена сенсibilізація за Rh-фактором. У жінки виявлений хронічний пієлонефрит, залізодефіцитна анемія легкого ступеня. В анамнезі дві гемотранфузії, 2 мимовільних абортів у ранніх термінах гестації. Яка найбільш вірогідна причина сенсibilізації за Rh-фактором?

Правильна відповідь – переливання крові без врахування Rh-фактору.

8. Першовагітна з Rh-негативною кров'ю при терміні гестації 40 тижнів знаходиться в II періоді пологів. Коли необхідно вводити антирезус γ -глобулін з метою профілактики Rh-сенсibilізації?

Правильна відповідь – протягом перших 72 годин після пологів.

9. У матері з O(I), Rh-негативним типом крові та батька з A(II), Rh-позитивним типом крові народилась дитина з A(II) Rh-негативним типом крові з ознаками гемолітичної жовтяниці. Яка найбільш вірогідна причина цього стану?

Правильна відповідь – конфлікт за системою ABO.

10. У доношенного новонародженого через добу після народження розвилась помірна жовтяниця. Мати першовагітна з O (I), Rh-негативним типом крові, батько з B(III), Rh-позитивним типом крові. Прямая проба Кумбса з кров'ю пуповини негативна, у матері немає антирезусних антитіл. Який діагноз у новонародженого?

Правильна відповідь – гемолітична хвороба новонародженого за системою ABO.

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

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Патогенез ізоантигенної несумісності крові матері та плода	Назвати основні ланки патогенезу	Імунізація жінок із резус-негативною кров'ю відбувається при вагітності плодом з резус-позитивною кров'ю або в результаті переливання їй резус-позитивної крові. Після першої вагітності імунізується 10% жінок. При повторних вагітностях плодом з резус-позитивною кров'ю може розвинути гемолітична хвороба. Цьому сприяють порушення цілості ворсин хоріона, ручне обстеження порожнини матки, кесарський розтин, гестози вагітності, екстрагенітальна патологія, загроза переривання вагітності, аборти після 5-6 тижнів вагітності, позаматкова вагітність. Імуноконфлікт по системі ABO проявляється частіше при

			наявності у матері 0(1) групи крові, а у плода А(II) рідше В(III) групи. Присутність АВО гемолізину свідчить про сенсibilізацію навіть при низькому титрі аглютининів. Імунні антитіла (антирезус або групові) проникають із кровотоку вагітної до плода, відбувається реакція з еритроцитами (атиген-антитіло). Це призводить до гемолізу еритроцитів та утворення непрямого білірубину, який є токсичним. Розвивається гемолітична хвороба плода. В результаті розрушення еритроцитів виникає анемія, нерямий білірубін приводить до виникнення жовтяниці, які є основними симптомами гемолітичної хвороби. Непрямий білірубін є жиророзчинною речовиною і має здатність накопичуватись у ядрах клітин головного мозку, багатого на ліпіди. З'являються симптоми білірубінової енцефалопатії — ядерна жовтяниця. Анемія та інтоксикація ведуть до серцевої недостатності, гіпопротейнемії, порушення функції печінки, підвищення проникливості стінок судин, до анасарки.
2	Основні діагностичні критерії ГХ плода	Назвати основні методи дослідження	1. Ультразвукове сканування дає можливість встановити ознаки ранньої водянки плода і водянки плода, що розвинулася <i>Ознаки ранньої водянки плода:</i> полігідрамніон, гепатоспленомегалія. <i>Ознаки водянки плода, що розвинулася:</i> збільшення ехогенності кішківника плода, кардіомегалія і перикардіальний випіт, асцит і гідроторакс, набряк шкіри голови і кінцівок, незвичайна поза плода “поза Будди”, зниження рухової активності, потовщення плаценти. 2. Кардіотокографія виявляє ознаки хронічної гіпоксії плода та зниження компенсаторної здатності фетоплацентарного комплексу. 3. Трансабдомінальний амніоцентез виконують у термін після 26 тижнів вагітності. 4. Кордоцентез — взяття крові з пуповини плода через передню черевну стінку жінки.
3.	Тактика ведення вагітності при ізоантигенній несумісності крові матері та плода	Назвати основні принципи ведення пацієнток при ізоантигенній несумісності крові матері та плода	<i>Тактика ведення вагітності.</i> На етапі жіночої консультації: визначають титр Rh-Ат у крові при першому відвідуванні, у 20 тижнів, у подальшому кожні 4 тижні; при обтяженому акушерському анамнезі (мертвородження, ГХ новонародженого) повторне визначення Ат після 20 тижнів проводять кожні 2 тижні; при низькому титрі Ат - УЗД до 30 тижнів – 1 раз на місяць, після 30 тижнів – 2 рази на місяць. У разі наявності у вагітної 0(I) групи крові визначають групу крові чоловіка для виявлення групи ризику немовляти по АВ0-конфлікту. На етапі акушерського стаціонару - розродження вагітної з Rh-негативним типом крові за умови наявності ізоімунізації проводиться достроково у залежності від рівня титру Ат у крові вагітної.

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

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. Визначати Rh- і АВ0-приналежність крові матері і плоду
2. Інтерпретувати дані імунологічних, біохімічних, кардіотокографічних досліджень, аналізувати дані УЗД
3. Скласти план ведення резус-негативної неімунізованої вагітної
4. Скласти план ведення резус-негативної вагітної з ізоімунізацією
5. Визначати показання для проведення специфічної профілактики Rh-імунізації у неімунізованих вагітних і породіль
6. обґрунтувати діагноз і скласти план лікування вагітної з ізоімунізацією, визначити тактику розродження при імуноконфліктній вагітності

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. На другу добу у дитини від фізіологічних термінових пологів з'явилась іктеричність шкіри та слизових оболонок. Непрямий білірубін – 152 мкмоль/л. У матері група крові О (I)Rh-, у дитини – А(II)Rh+. Механізм виникнення жовтяниці?

- A. Гемоліз еритроцитів.
- B. Порушення відтоку жовчі.
- C. Порушення обміну білірубіну.
- D. Фетоплацентарна недостатність.
- E. Внутрішньоутробне інфікування.

2. Вагітна звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на зменшення рухової активності плоду в терміні 34-35 тижнів. За даними УЗД виявлено: плацента потовщена, 52 мм, зерниста, з петрифікатами, голівка та тулуб плода мають подвійний контур, діаметр живота збільшений, рухова активність плоду млява, ЧСС плоду 160-170/хв. Група крові вагітної 0(I) Rh (-). Титр антирезусних антитіл 1:128. Яка тактика?

A. Дострокове розродження шляхом кесарського розтину

- B. Ввести 1 дозу (300 мкг) анти-Rho (D) імуноглобуліну
- C. Провести пересадку шкірного клаптя від чоловіка
- D. Провести інфузійну антигіпоксичну терапію для плода
- E. Повторити УЗД через 4 дні

3. На прийом звернулась жінка 24-х років у терміні вагітності 16 тижнів у зв'язку з репродуктивними втратами в анамнезі (мертвонародження, рання дитяча смерть). Дослідження в зв'язку з обтяженим анамнезом не проводилось. В фенотипі вагітної

звертають увагу: високий зріст, розвинені молочні залози. При цитогенетичному дослідженні каріотип жінки - 45X/46,XX/47,XXX. При ультразвуковому дослідженні плоду виявлені маркерні ознаки хромосомної патології. Яка тактика ведення вагітної?

А. Проведення інвазивних методів пренатальної діагностики (амніоцентез)

- В. Проведення ультразвукового соматогенетичного дослідження плоду з синдромологічним аналізом
- С. Проведення цитогенетичного дослідження чоловіка
- Д. Проведення молекулярно-цитогенетичного дослідження
- Е. Переривання вагітності

4. У повторно вагітної з Rh-ізоsensibilізацією виявлено зниження титру резус-антиген з 1:32 до 1:8 в строку вагітності 33-34 тижня. При ультразвуковому дослідженні виявлено подвійний контур головки, збільшення печінки плоду, товщина плаценти 50 мм. Хворій показано:

А. Дострокове пологорозродження

- В. Проведення курсу десенсибілізуючої терапії
- С. Плазмозамінація
- Д. Повторне (через 2 тижні) ультразвукове дослідження
- Е. Введення антирезус гамма-глобуліну

5. Вагітна 17 років, I вагітність 8-9 тижнів, що закінчилась повним абортom. Група крові O(I) Rh негативна, у чоловіка – A(II) Rh позитивна. В крові жінки антирезусних антител не виявлено. Тактика лікаря.

А. Профілактичне введення Rh-імуноглобуліну в/м жінці

- В. Спостереження за рівнем анти-резус Ат крові жінки
- С. Профілактичне введення Rh-імуноглобуліну в/м чоловіку
- Д. Гемодіаліз
- Е. Аутогемотерапія

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №18

ТЕМА: «РАННІ ГЕСТОЗИ. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ. ЕКЛАМПСІЯ»

Мета: Ознайомитись із показниками частоти ранніх та гіпертензивних розладів під час вагітності, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних втрат, пов'язаних з цією патологією. Сформувати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах.

Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку ранніх гестозів та прееклампсії/еклампсії, їх ускладнень під час вагітності і в післяпологовому періоді. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття (перелік питань): Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення. Рідкісні форми гестозів.

Своєчасна діагностика, прогнозування, профілактика і лікування ускладнень вагітності залишається основною стратегією у системі заходів, спрямованих на охорону здоров'я матері й дитини. До найзагрозливіших ускладнень вагітності належать гіпертензивні розлади під час вагітності, частота яких в Україні не має тенденції до зниження і які суттєво впливають на показники материнської та дитячої патології й смертності. За даними міністерства охорони здоров'я України гіпертензивні розлади під час вагітності на протязі останнього десятиріччя входять до першої трійки причин материнських втрат.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.

- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності.
- Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика.
- Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення.
- Рідкісні форми гестозів.

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

Питання:

1. Яка класифікація ранніх гестозів?
2. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
3. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
4. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «прееклампсія»?
5. Яка класифікація прееклампсії?
6. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
7. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії?
9. Яка клініка і діагностика еклампсії?
10. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
11. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після

виписування із стаціонару?

13. Які методи профілактики прееклампсії?

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5 °С. Об'єктивно: іктеричність склер і шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до 120 уд/хв., запах ацетону з роту, діурез понижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена впродовж 4 діб терапія не привела до поліпшення стану хворої.

Встановіть діагноз. Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Надмірне блювання вагітних.

Тактика ведення - переривання вагітності.

2. У ЖК звернулася повторновагітна при терміні гестації 10-11 тижнів зі скаргами на слабкість, постійну нудоту, блювоту 5- 6 разів протягом доби, зниження маси тіла.

Встановіть діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 10-11 тижнів. Блювання вагітних середнього ступеня тяжкості. Тактика ведення — госпіталізація в стаціонар, призначення комплексної медикаментозної терапії (інфузії, протиблювотні, седативні, антигістамінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни).

Тестові завдання

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

- A. **Операція накладання акушерських щипців**
- B. Динамічне спостереження за вагітною та плодом
- C. Плродоруйнівна операція
- D. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
- E. Стимуляція пологової діяльності

2. Першовагітна 23-х років з терміном 37- 38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся

напад еклампсії. Об'єктивно: АТ- 180/100 мм рт.ст., Рс- 98/хв, генералізовані набряки, без свідомості. Визначити тактику ведення вагітної:

- A. Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії**
- В. Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
- С. Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрішенням
- Д. Накладання акушерських щипців
- Е. Рання амніотомія

3. Вагітна З., термін вагітності 37-38 тижнів, доставлена машиною швидкої допомоги з нудотою, блюванням, миготінням“мушок” перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Під час вагітності в жіночій консультації не спостерігалася. Встановити правильний діагноз.

- A. Тяжка прееклампсія**
- В. Еклампсія
- С. Відшарування сітківки ока
- Д. Загроза крововиливу в мозок
- Е. Помірна прееклампсія

4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35 - 36 тижнів. АТ - 180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Тяжка прееклампсія**
- В. HELLP-синдром
- С. Помірна прееклампсія
- Д. Гестаційна гіпертензія
- Е. Хронічна гіпертензія

5. Вагітна з терміном гестації 7 - 8 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс- 105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9°C. У крові: Нв - 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

- A. Переривання вагітності**
- В. Продовжити консервативну терапію гестозу

- C. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
- D. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
- E. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):
Оволодіти та удосконалити навички:

- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладах при вагітності;
- оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень;
- призначати лікування при ранніх гестозах та гіпертензивних розладах при вагітності;
- надавати першу допомогу при приступі еклампсії;
- оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів;
- оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП);
- оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини;
- визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ);
- оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

1.Наказ МОЗ України від 24.01.2022 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»"

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

1. Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:
2. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
3. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
4. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові задачі

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

Встановіть діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 38-39 тижнів, подовжнє положення, головне передлежання. Тяжка прееклампсія. Дистрес плода.

2. Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля пред'являє скарги на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок – 3,3 г/л. Серцебиття плода до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Головка плода в площині виходу з малого тазу.

Яка тактика ведення пацієнтки? Яке ускладнення вагітності і пологів має місце в даному клінічному випадку?

Правильна відповідь: Тактика ведення – накладання вихідних акушерських щипців, лікування тяжкої прееклампсії. Тяжка прееклампсія. Дистрес плода.

Тестові завдання

1. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Тяжка прееклампсія

В. Помірна прееклампсія

- C. Еклампсія
- D. Гіпертонічний криз
- E. Набряки вагітних

2. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37,2 °C. Олігурія. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. **Блювота вагітних середнього ступеня**
- B. Блювота вагітних легкого ступеня
- C. Надмірна блювота вагітних
- D. Гострий панкреатит
- E. Харчове отруєння

3. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, сплутаність свідомості. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

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

4. 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9 °C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

- A. **Магнію сульфат**
- B. Діазепам
- C. Фенітоїн
- D. Ламотриджин
- E. Натрію вальпроат

5. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. Набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад

судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?

- A. Кесарів розтин
- B. Розпочати інфузійну терапію
- C. Розпочати седативну терапію
- D. Провести стимуляцію пологової діяльності
- E. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

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

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Патогенез ранніх гестозів	Назвати основні ланки патогенезу	Гестоз є синдромом, хворобою адаптації, а не самостійним захворюванням і розвивається в результаті нездатності адаптаційних систем материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який виникають внаслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, у відповідь на роздратування нервових закінчень матки імпульсами, що йдуть від плоду. Виникає перевага збуджувального процесу в стовбурових утвореннях мозку, зокрема блювотного і слюноотделительного центрів. Пригнічується активність ферментних систем і посилюються анаэробные процеси в організмі. Накопичуються недоокислені метаболіти жирового і білкового обмінів (кетонові тіла), які виводяться із сечею, виникає кетонурия.
2	Патогенез пreeклампс ії	Назвати основні ланки патогенезу	Це синдром поліорганної функціональної недостатності, патогенетично пов'язаний з вагітністю, що характеризується генералізованим судинним спазмом і перфузійним порушеннями в життєво важливих органах і плаценті. Незважаючи на те що патогенез захворювання не цілком ясний, існуюча в даний час теорія припускає 2 стадії процесу: на I стадії відбувається поверхнева інвазія трофобласта, що призводить до неадекватного ремоделюванню спіральних артерій. Передбачається, що це є причиною II стадії, яка включає реакцію на дисфункцію ендотелію у матері і дисбаланс між ангіогенними і антиангіогенних факторами, що приводять до появи клінічних ознак захворювання. Таким чином, істотними компонентами в патогенезі розвитку пreeклампсії є ішемія плаценти, яка виникає внаслідок порушення ендovasкулярної трофобласной інвазії і недостатньому ремоделюванні спіральних артерій матки
3	Етіологічні фактори розвитку пreeклампс ії	Назвати основні фактори	Найбільш дослідженими є: акушерські, материнські, чинники з боку батька і плода, екологічні фактори (соціодемографічні, забруднення навколишнього середовища, сезонні і кліматичні) Акушерські фактори: - у первісток ризик ймовірно збільшується від 3 до 11 разів.

			- Наявність ПЕ при першій вагітності За даними дослідження, частота рецидивів варіює від 11,5% до 65%. - Інтервал між вагітностями. Від 2-х до 8 років ризик знаходиться в діапазоні від 0,8% до 2% після першої вагітності без ПЕ і 13% і 16% після першої вагітності з ПЕ, більше 10 років - ризик еквівалентний первовагітній. - Багатоплідна вагітність, - ЕКЗ (частота варіює від 12% до 27%) Материнські фактори: Сімейний анамнез (від 24% до 63% при одноплідній вагітності). Генетичний фактор - виявлено кілька генів розвитку створення генетичного профілю ризику ПЕ (батьківській генетичний профіль). Супутні захворювання: - Цукровий діабет/надлишкова маса тіла у матері, особливо до вагітності, збільшує від 2 до 7 разів ризик розвитку ПЕ. На тлі метаболічного синдрому відзначається ранній розвиток ПЕ (22 - 24 тижні гестації), тривалий і важкий перебіг, який супроводжується високою перинатальною захворюваністю і смертністю. - Аутоімунні захворювання (від 13% до 36% в залежності від маркерів аутоімунних захворювань). - Патологія нирок - вагомий фактор ризику, до 80% вагітних вперше з преєклампсією страждають захворюваннями нирок, що підтверджено результатами біопсії. Ризик розвитку ПЕ становить від 5,3% до 8%, тоді як у жінок, які не хворіють ХХН, він становить 1.8%
4.	Тактика ведення вагітної при тяжкій преєклампсії.	Назвати основні принципи ведення пацієнток при важкій преєклампсії	<i>Тактика ведення вагітності.</i> – Госпіталізувати. – При АТ <160/110 мм рт. ст. вести вагітну, як при гіпертензії – призначити фармакотерапію – АТ: кожні 15–30 хв, поки АТ не стане <160/110 мм рт. ст., потім принаймні 4 рази на добу, поки вагітна перебуває в стаціонарі залежно від клінічних обставин – Визначення протеїнурії: повторювати тільки за наявності клінічних показань, наприклад, якщо виникають нові симптоми й ознаки або існує невизначеність у діагностиці – загальний аналіз крові, функції печінки та нирок 3 рази на тиждень Фетальний моніторинг: – аускультация серця плода на кожному прийомі – УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2 тиж за наявності клінічних показань – КТГ при встановленні діагнозу і тільки за наявності

			клінічних показань Показники для розгляду запланованих ранніх пологів: можуть включати (але не обмежуються ними) будь-які з наступних відомих ознак тяжкої преекламсії: – неможливість контролювати АТ вагітної, всупереч використання 3 та більше груп антигіпертензивних препаратів; – пульсоксиметрія <90%; – поступове зниження функції печінки, нирок, гемолізу або кількості тромбоцитів; – поточна неврологічна симптоматика, така як сильний головний біль, що не піддається лікуванню, повторні зорові скотоми або еклампсія; – відшарування плаценти; – зворотний кінцевий діастолічний потік в доплерометрії пуповинної артерії, негативні показники КТГ, мертвонародження. До 34 тижнів – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – В/в введення магнію сульфату та антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) Від 34 до 36 тиж – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – При розгляді можливого розродження враховувати стан жінки та дитини, фактори ризику (такі як супутні захворювання матері, багатоплідна вагітність) та наявність ліжок у відділенні новонароджених. – Антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) 37 тижнів - провести розродження протягом 24–48 год
--	--	--	---

Діагностика

1. Шкала індивідуальної кількісної оцінки ступеня тяжкості нудоти та блювання вагітних (PUQE-24)

Система оцінки симптомів під час вагітності PUQE-24						
	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	Кількість балів
За останні 24 години як часто ви відчували нудоту або біль у шлунку?	Зовсім ні	1 годину або менше	2–3 години	4–6 годин	Понад 6 годин	
За останні 24 години у вас було блювання?	Не було блювання	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
За останні 24 години скільки разів у вас були блювотні позиви або блювотні	Жодного разу	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	

спазми без появи блювотних мас?						
Загальний бал						

Загальний бал - це сума відповідей на кожне із трьох запитань.

Оцінка за шкалою PUQE-24:

- легкий ступінь = 6;
- середній ступінь = 7-12;
- тяжкий ступінь = 13-15.

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

- **Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).
- **Гестаційна гіпертензія (ГГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.
- **Поєднана преєклампсія** – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.
- **Рання преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.
- **Пізня преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.
- **Помірна преєклампсія** - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.
- **Тяжка преєклампсія** визначається як тяжка гіпертензія (сАТ ≥ 160 або дАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці
- нудота, блювання;
- біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлекс;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год);
- кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
- затримка росту плода.
- **Еклампсія** – один чи більше судомний напад, у хворі з прееклампсією.
- **HELLP-синдром** – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

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

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

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. Поняття «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»
2. Класифікацію ранніх гестозів та гіпертензивних розладів при вагітності.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів та гіпертензивних розладів при вагітності.
4. Діагностичні критерії різних форм ранніх гестозів.
5. Діагностичні критерії різних форм гіпертензивних розладів при вагітності.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. Проводити огляд, зовнішнє акушерське дослідження.
2. Проводити аускультатию серцебиття плода

3. Проводити внутрішнє акушерське дослідження (на фантомі)
4. Збирати анамнез
5. Скласти план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
6. Оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень у вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
7. Призначати лікування при при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
8. Надавати першу допомогу при приступі еклампсії
9. Оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів
10. Оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП)
11. Оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини
12. Визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ).
13. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар

Варіанти оформлення відповіді:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Презентація по темі заняття.
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація.
- Просмотр відеофільма.
- Огляд сучасних джерел інформації.

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

Задача

Повторновагітна 32 років перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, рідкісні ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, по 4 дня, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність наступила через 2 роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тижнів. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації згідно менструального анамнезу на момент звернення 35-36 тижнів. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм.рт.ст, стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ складає 35 см вище

лона, ОЖ - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 134 уд / хв., вислуховується праворуч від пупка. Аналіз сечі - білок 0,3 г/л.

Діагноз. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Правильна відповідь: Вагітність II, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція II, передній вид. Помірна прееклампсія.

Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

Тестові завдання

1. Жінка 27-ми років на 8-му тижні вагітності скаржиться лікарю, що за останні 8 днів вона відмічає тривалу нудоту та блювання майже після усіх прийомів їжі. За останній тиждень пацієнтка втратила 3 кг ваги. Зараз при рості 160 см жінка важить 46 кг. Пульс - 100/хв., артеріальний тиск - 90/50 мм рт.ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенічна статура. Гінекологічний огляд виявив розмір матки, що відповідає 8-му тижню вагітності, без патологічних змін. На УЗД виявлена вагітність одним плодом. Концентрація гемоглобіну - 150 г/л. У загальному аналізі сечі виявлені кетонові тіла (+++). Що із перерахованого є найбільш доречним наступним кроком у веденні пацієнтки?

- A. *Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків
- B. Внутрішньовенне введення (β -адрено-блокаторів та парентеральне харчування
- C. Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
- D. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
- E. Постільний режим та часте годування малими порціями

2. Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. Ат – 180/130 мм рт ст., 150/110 мм рт ст., серцеві тони при аускультції послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка плоду. Серцебиття плоду вислуховується 176 уд. за хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у площині виходу малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має.

Тактика?

- A. **Закінчити пологи шляхом накладання акушерських щипців**
- B. Зробити кесарів розтин
- C. Призначити стимуляцію пологової діяльності
- D. Плороруйнівна операція
- E. Зробити перінеотомію, вакум-екстракцію плоду

3. Машиною швидкої допомоги в пологовий будинок у важкому стані доставлена вагітна 42 років. Термін вагітності 37 тижнів. Об'єктивно: свідомість відсутня. АТ на обох руках 180/110 мм.рт.ст., Ps 110 уд/хв, генералізовані набряки, білок в сечі 5 г/л. При вагінальному огляді структурних змін шийки матки не виявлено. Визначати тактику ведення пологів.

- A. **Кесарів розтин**
- B. Ведення пологів через природні пологові шляхи
- C. Плороруйнівна операція
- D. Накладання порожнинних акушерських щипців.
- E. Провести операцію вакуумекстракції плода

4. Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння “мушок” перед очима. Вагітність 32 тижні. Набряки генералізовані. АТ – 190/110 мм.рт.ст. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?

- A. **Тяжка прееклампсія**
- B. Гестаційна гіпертензія
- C. Гіпертонічна хвороба
- D. Еклампсія
- E. Помірна прееклампсія

5. Першовагітна М., з'явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі – 0.8г/л. Встановлено діагноз – прееклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.

- A. **Стаціонарне лікування**
- B. Амбулаторне лікування
- C. Термінове розродження
- D. Кесарів розтин

Е. Пролонгування вагітності

6. Роділля, 24 років, поступила в пологовий будинок через 4 години від початку родової діяльності зі скаргами на головний біль, нечіткий зір. АТ – 180/100 мм.рт.ст., значні набряки на ногах. Положення плода повздожне, головне передлежання. Серцебиття плоду 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?

А. Еклампсія

В. Гестаційна гіпертензія

С. Помірна прееклампсія

Д. Тяжка прееклампсія

Е. Епілепсія

7. Вагітна, 25 років доставлена в пологовий будинок. Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепсію не хворіла. Об'єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Діагноз?

А. Еклампсія

В. Епілепсія.

С. Діабетична кома.

Д. Гостра ниркова недостатність.

Е. Печінкова кома.

8. Вагітна в терміні 35 тижнів, стан тяжкий. Скаржиться на головний біль, порушення зору, миготіння “мушок” перед очима. При огляді: загальний набряк, АТ -180/120. Раптово з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні судоми. Дихання припинилося. Через 1 хвилину дихання поновилося. З рота значна кількість піни. Амнезія. У клінічному аналізі сечі: білок 7 г/л. Діагноз?

А. Еклампсія

В. Черепно-мозкова травма

С. Помірна прееклампсія

Д. Тяжка прееклампсія

Е. Епілепсія

9. Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100.

Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску.

Діагноз?

- A. **Хронічна гіпертензія**
- B. Гестаційна гіпертензія
- C. Помірна прееклампсія
- D. Епілепсія
- E. Помірна прееклампсія

10. Вагітна 25 років привезена до пологового будинку в тяжкому стані. Термін вагітності 34 тижня. Хвора скаржиться на головний біль, порушення зору, нудоту. Із анамнезу відомо, що раніше жінка нічим не хворіла. При огляді визначаються набряки ніг, АТ - 170/130 мм рт.ст. на обох руках. Раптом у вагітної з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні та клонічні судоми, дихання припинилося. Через 1,5 хв. відновилось дихання, з рота з'явилась піна, забарвлена кров'ю. Вагітна про напад не пам'ятає. У клінічному аналізі сечі: білок 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. **Еклампсія**
- B. Епілепсія
- C. Набряк головного мозку
- D. Крововилив у мозок
- E. Виразка шлунку

11. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. За цей час при достатньо енергійній терапії було 4 напади еклампсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад судом. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, зів матки пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий, високо над входом у малий таз визначається рухома голівка. Яка найбільш правильна тактика лікаря?

- A. **Зробити кесарів розтин**
- B. Підсилити пологову діяльність
- C. Продовжити магнезіальну терапію.
- D. Накласти вихідні акушерські щипці
- E. Зробити амніотомію

12. Першовагітна, строк вагітності - 34 тижні, поступила в стаціонар зі скаргами на головний біль та погіршення зору. АТ- 170/120мм рт.ст. Набряки передньої черевної

стілки, обличчя. В сечі білок – 0,12 г/л. Протягом тижня інтенсивного лікування стан вагітної погіршився. Заключення окуліста: відшарування сітківки, що розпочалося. Пологової діяльності немає. Яка тактика ведення показана вагітній?

- A. **Кесарів розтин**
- B. Амніотомія
- C. Накладання порожнинних акушерських щипців
- D. Накладання вихідних акушерських щипців
- E. Продовження консервативної терапії

13. Жінка в 36 тиж. вагітності скаржиться на головний біль, нудоту, блювання, біль в правому підребір'ї. Об'єктивно: блідість шкіриних покривів, жовтяниця слизових оболонок, АТ-160/100 мм рт.ст. на обох руках, набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, крововиливи в місцях ін'єкцій. Пальпаторно визначається різкий біль в епігастральній ділянці та збільшення печінки. Показники крові: збільшення АЛТ, АСТ, тромбоцитопенія, гемоглобін 85 г/л, гіпербілірубінемія. Яке ускладнення виникло у вагітної?

- A. **HELLP синдром.**
- B. Екламптичний статус.
- C. Синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згортання крові.
- D. Розрив печінки.
- E. Еклампсія.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №19

ТЕМА: «НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ. ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ»

Мета: сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до жінок з групи ризику по невиношуванню вагітності. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття (перелік питань): Причини мимовільного переривання вагітності в різні терміни. Класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного переривання вагітності. Істмікоцервікальна недостатність. Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика. Профілактика невиношування вагітності. Передчасні пологи. Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика. Профілактика невиношування вагітності. Передчасні пологи: акушерська тактика, ведення і профілактика

Невиношування вагітності є однією з невідкладних проблем медицини. Частота невиношування вагітності складає 10%, але з нею пов'язано 50% випадків перинатальної захворюваності та смертності. Профілактика та лікування цієї патології є однією з найважливіших проблем сучасного акушерства.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції

- Здатність проводити консультування з питань планування сім'ї, визначати тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Причини мимовільного переривання вагітності в різні терміни.
- Класифікація, клініка, діагностика, лікування і профілактика мимовільного переривання вагітності.
- Цервікальна недостатність.
- Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика.
- Профілактика невиношування вагітності.
- Передчасні пологи.
- Загроза передчасних пологів: діагностика, лікування, акушерська тактика.
- Профілактика невиношування вагітності.
- Передчасні пологи: акушерська тактика, ведення і профілактика

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

Питання:

1. Ознайомлення здобувачів вищої освіти з поняттям «невиношування вагітності»
2. Стадії мимовільного аборту
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез невиношування вагітності
4. Діагностичні критерії різних стадій аборту
5. Оволодіння методиками щодобору анамнезу
6. Інструментально-лабораторна діагностика невиношування вагітності
7. Складання плану клініко-лабораторного обстеження при невиношуванні вагітності,
8. Призначення лікування при невиношуванні вагітності

Типові задачі

1. Повторно вагітна 26 років поступила в стаціонар зі скаргами на болі внизу живота і мажучі кров'яні виділення із статевих шляхів. Остання менструація 2 місяці тому. В анамнезі 2 мимовільних абортів. При огляді за допомогою дзеркал шийка матки ціанотична. При бімануальному дослідженні: зовнішній зів пропускає кінчик пальця, матка збільшена до 6-7 тижнів вагітності, тестоватої консистенції. Придатки не

пальпуються, вагінальні склепіння глибокі. Виділення із статевих шляхів кров'яні, мізерні. Поставте діагноз.

Правильна відповідь: Вагітність II, 6-7 тижнів. Загрозливий аборт.

2. Першовагітна 25 років при терміні гестації 10-11 тижнів звернулася до лікаря ЖК зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота і помірні кров'яні виділення із статевих шляхів. При вагінальному дослідженні: шийка матки розкрита на 2 см, матка збільшена до 10-11 тижнів вагітності, щільна. Виділення із статевих шляхів кров'яні, помірні.

Які дії лікаря ЖК? Яка подальша тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Ургентна госпіталізація у гінекологічне відділення. Кюретаж порожнини матки.

Тестові завдання

1. Жінка 24 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на тягнучий біль внизу живота. Кров'янистих виділень із піхви немає. Вагітність IV, 16 тижнів, бажана. В анамнезі – три самовільних аборти. Об'єктивно: матка збільшена до 16 тижнів вагітності, м'яка, безболісна; шийка матки вкорочена, канал вільно пропускає 1 палець. Виділення слизові. Діагноз?

A. Вагітність IV, 16 тижнів, загроза самовільного звичного викидня, істміко-цервікальна недостатність.

B. Вагітність IV, 16 тижнів, самовільний викидень в ході.

C. Вагітність IV, 16 тижнів, неповний самовільний викидень.

D. Вагітність IV, 16 тижнів, самовільний викидень, що відбувся.

E. Фіброміома великих розмірів.

2. Вагітна 22 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Термін вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, матка збільшена до 5-6 тижнів, у цервікальному каналі виявляється залишки плідного яйця, надмірна кровотеча. Яка тактика?

A.Провести вишкрібання порожнини матки

B. Холод на низ живота

C. Накласти шов на шийку матки

D. Призначити утеротонічну терапію

E. Призначити токолітичну терапію

3. Вагітна, 25 років, надійшла в стаціонар із скаргами на болі внизу живота та кров'яні виділення із статевих шляхів. Бімануально: матка м'яка, збільшена до 9 тижнів вагітності, цервікальний канал вільно пропускає палець. У вічку промацується частини ембріональної тканини. Із піхви – помірна кровотеча. Яке лікування провести хворій?

- A. Інструментальний кюретаж ембріональної тканини.
- B. Спостереження за хворою
- C. Призначення гормонів
- D. Гемостатична та антианемічна терапія.
- E. Призначення зберігаючої вагітність терапії

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

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

1. Наказ МОЗ України від 25.08.2023 № 1533 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок»"
2. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

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

5. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
6. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
7. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипова задача 1.

У гінекологічне відділення поступила повторновагітна 24 років при терміні гестації 16-17 тижнів зі скаргами на періодичні тягнучі болі внизу живота і в поперековій ділянці. При

внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал пропускає 1 палець. Плодовий міхур цілий. Матка в нормотонусі, збільшена відповідно терміну вагітності.

Поставте діагноз.

Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 16-17 тижнів. Загроза переривання вагітності. ІЦН.

Тактика ведення - спазмолітична, седативна терапія, накладення шва на шийку матки.

Нетипова задача 2

Вагітна 29 років при терміні гестації 16 тижнів поступила у гінекологічний стаціонар для лікування. У анамнезі – 2 мимовільних аборти. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 16 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена до 1,5 см, матковий зів пропускає кінчик пальця. Встановлений діагноз: істміко-цервікальна недостатність.

Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Накладення шва на шийку матки, спазмолітична, седативна терапія.

Тестові завдання

1. Жінка 25 років поступила в гінекологічне відділення з вагітністю 9 тижнів. Скаржиться на біль внизу живота. В анамнезі: 2 тижні тому перехворіла червінкою у важкій формі. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко шийки матки закрито, матка відповідає терміну 9 тижнів вагітності, додатки матки без особливостей. Виділення слизові. Яка тактика ведення пацієнтки?

- A. Переривання вагітності за медичними показаннями
- B. Пролонгування вагітності
- C. Ультразвукове дослідження
- D. Лапароскопія
- E. Нагляд в амбулаторних умовах

2. До жіночої консультації звернулась вагітна 22 років, зі скаргами на ниючий біль внизу живота та у попереку, кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Вагітність третя, остання менструація була приблизно тримісяці тому. В анамнезі два штучних аборти. При піхвовому дослідженні : шийка матки довжиною 1 см, цервікальний канал відкритий. Матка збільшена до 10 тижнів вагітності, м'яка. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, помірні. Діагноз?

- A. **Аборт в ходу**
- B. Мимовільний аборт.
- C. Міхуровий занесок
- D. Вагітність, що не розвивається.
- E. Аборт що відбувся

3. Вагітна К., 25 р., скаржиться на ниючі болі понизу живота та в попереку. Дана вагітність III, 28 тижнів. В анамнезі 1 медичний аборт, 1 самовільний викидень в 24 тижні рік тому. Загальний стан не порушений. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечний палець, плідний міхур не пролабує. Подальша тактика ведення вагітної?

- A. **Накладання шва на шийку матки або встановлення песарію**
- B. Токолітична терапія адренолітиками
- C. Токолітична магнезіальна терапія
- D. Зберігаюча терапія гестагенами
- E. Переривання вагітності

4. У гінекологічне відділення госпіталізована вагітна 24 років у терміні 18-19 тижнів в зв'язку з діагностованою під час ультразвукового дослідження істміко-цервікальною недостатністю. При огляді встановлено: шийка матки вкорочена до 0,5см, епітелій її без патологічних змін. Цервікальний канал пропускає палець. Плодовий міхур цілий. Матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, у нормотонусі. Яка подальша тактика лікаря?

- A. **Накладання шва на шийку матки**
- B. Токолітична терапія
- C. Переривання вагітності
- D. Проведення профілактики дистрес-синдрому
- E. Седативна терапія

5. До жіночої консультації звернулася жінка 24-х років зі скаргами на затримку менструації на 10 тижнів. В анамнезі 2 спонтанних викидні. В ході ультразвукового дослідження виявлено одне плідне яйце, яке відповідає 6-7 тижням вагітності, серцебиття плода не визначається. Яка подальша тактика в даній ситуації?

- A. **Вишкрібання стінок порожнини матки**
- B. Застосування утеротонічних засобів
- C. Призначення гормональної терапії

- D. Спостереження протягом 1 тижня з наступним УЗД-контролем
- E. Призначення антибактеріальної терапії

6. Вагітна 25 років скаржиться на значні кров'яні виділення із статевих шляхів, зі згортками, болі внизу живота переймоподібного характеру. Остання менструація 3 місяці тому. При бімануальному дослідженні: матка завбільшки з 12 тижневу вагітність, цервікальний канал відкритий на 2 см, у зовнішньому зіві - елементи плідного яйця, у піхві багато згортків крові. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. **Аборт в ходу**
- B. Повний аборт
- C. Загрозливий аборт
- D. Аборт, що почався
- E. Неповний аборт

7. До гінекологічного відділення машиною швидкої допомоги доставлена жінка 21-го року зі скаргами на переймоподібний біль у низу живота та кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Бімануально: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, м'якої консистенції, у цервікальному каналі пальпується плідне яйце. Придатки не пальпуються. Склепіння вільні, глибокі, безболісні. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, рясні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. **Викидень у ходу**
- B. Шийкова вагітність
- C. Загроза викидня
- D. Викидень, що розпочався
- E. Порушена трубна вагітність

Правильні відповіді: А

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

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок.

ТЕРАПІЯ ЗАГРОЗЛИВОГО АБОРТУ

Лікувальний захід	Ефективність (доказові дані)
Ліжковий режим та утримання від статевого життя	За даними різних досліджень ефективність помірна.
Спазмолітична терапія Седативна терапія	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
Препарати прогестерону Для лікування загрозового абортів використовуються: - масляний розчин прогестерону (внутрішньомязово) - мікронізований прогестерон (вагінально або перорально), - синтетичні похідні прогестерону (перорально). Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально) Їх не можна призначати одночасно Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону. Дози прогестерону, які б відповідали критеріям ефективності та безпечності, невідомі.	Показання для застосування прогестерону: 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази 3. Виліковане безпліддя 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій <u>Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.</u> Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозі переривання вагітності не підвищує відсоток виживання, в зв'язку з чим не є виправданим. (А) У будь якому разі не слід перевищувати дози, встановлені виробником.

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне	+	+

	обстеження на уrogenітальні інфекції		
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	- -
8	Імунологічне обстеження за показаннями (ABO та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, $\beta 2$ глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Орієнтовна карта для самостійної підготовки здобувача вищої освіти з літературою по темі заняття.

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Стадії спонтанного аборт	Назвати стадії спонтанного аборт	За стадіями розвитку виділяють: • Загрозливий аборт • Аборт в ході • Неповний аборт • Повний аборт
2	Етіологічні чинники невиношування вагітності	Назвати основні етіологічні чинники невиношування	Етіологія невиношування вагітності 1. Материнські причини: - нейро-ендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-

		вагітності яєчники (гіпофункція гіпофізу-синдром Шихана, синдром полікістозних яєчні-СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирничкового, змішаного генезу, тиреопатія, та їх поєднання; - анатомо-функціональні- вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників; - інфекційні – інфікованість бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами; - імунологічні – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання),аутоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси; - генетичні фактори і хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія. 2. Патологія вагітності <i>а) прееклампсія,</i> <i>б) неправильне положення плода,</i> <i>в) багатоводдя та маловоддя,</i> <i>г) аномалії прикріплення і розвитку плаценти, передчасне відшарування плаценти.</i> 3. Екстрагенітальна патологія матері <i>а) серцево-судинна патологія,</i> <i>б) захворювання нирок,</i> <i>в) цукровий діабет,</i> <i>г) захворювання органів черевної порожнини,</i> <i>д) хірургічні втручання при захворюваннях інших органів і систем.</i> 4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту. 5. Соціально-середовищні фактори: • екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря,інш.), • вік матері (до 18 і після 30 років), • несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів, труднощі з транспортом при поїздках на роботу і назад), • професійні і виробничі шкідливості (температурні, шумові,вібраційні, хімічні, радіаційні), • шкідливі звички.
--	--	--

			6. Фактори нез'ясованої етіології.
3.	Патогенетичні механізми переривання вагітності	Назвати основні механізми переривання вагітності	Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однакова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня. Перший патогенетичний варіант: викидень за типом відторгнення. При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є плацента. При цьому страждають в першу чергу найбільш складні функції цього органу, а саме процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання “чужого” імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдів та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення аллотрансплантату. Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на “чужерідні” тканинні антигени плода, антител, лімфоцитів і вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення плаценти і виявляючи цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки. Переривання вагітності, що пов'язане з первинною загибеллю ембріону або плода, яке відбувається внаслідок хромосомних мутацій або генетичних дефектів відбувається саме за таким типом. Другий патогенетичний варіант спонтанного викидня спостерігається в основному у другій половині вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини хоріону, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків й матка стає чутливою до дії утеротропних речовин. Реакція “відторгнення” перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки. Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність “запираючого” апарату матки.

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

- Причини невиношування вагітності
- Фактори ризику невиношування вагітності
 - Патогенез невиношування вагітності
 - Класифікацію самовільних абортів
 - Клініку різних стадій абортів

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- Володіти методиками щодо збору анамнезу у пацієнток з невиношуванням вагітності
- Складати план клініко-лабораторного обстеження пацієнток з невиношуванням вагітності
- Складати план лікування пацієнток з невиношуванням вагітності
- Складати план обстеження при звичному невиношуванні вагітності
- Володіти методами лікування звичного невиношування
- Володіти методами профілактики невиношування вагітності

Досліджувати теоретично та клінічно особливості перебігу різних стадій абортів

Варіанти підготовки відповіді:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- Презентація по темі заняття;
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки;
- Мультимедійна презентація;
- Просмотр відеофільма;
- Огляд сучасних джерел інформації

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

Ситуаційні задачі

Вагітна 28 років поступила зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота при терміні гестації 32-33 тижні. Об'єктивно: положення плоду подовжнє, передлежання головне. Серцебиття – 146 уд/хв., ритмічне. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 5-6 см. Плідний міхур – цілий. Головка плоду притиснута до входу в малий таз.

Яка тактика лікаря?

Правильна відповідь: Проводити пологи як передчасні

Тестові завдання

1. До жіночої консультації звернулася вагітна 25-ти років зі скаргами на ниючі болі внизу живота і у попереку. Термін вагітності 9-10 тижнів. В анамнезі 2 штучних аборти. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 3 см, канал шийки матки закритий, матка збільшена відповідно терміну вагітності, виділення слизові, мізерні. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. **Загроза самовільного викидня**
- B. Самовільний викидень, що почався
- C. Вагітність, що не розвивається
- D. Міхуровий занесок
- E. Аборт у ходу

2. Хвора 18-ти років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на ниючий біль внизу живота. Остання менструація 2 місяці тому. При бімануальному дослідженні шийка матки довжиною до 2 см, ціанотична, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки кулястої форми, м'якої консистенції, збільшено відповідно 7-8 тижням вагітності. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. **Загрозливий аборт**
- B. Аборт, що розпочався
- C. Аборт у ходу
- D. Фіброміома тіла матки
- E. Неповний аборт

3. На прийом до жіночої консультації прийшла першовагітна 24 років із скаргами на біль внизу живота. Термін вагітності 31 тиждень. Тонус та збудливість матки підвищені. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 132 удари за хвилину. Діагноз?

- A. **Загрожуючі передчасні пологи.**
- B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- C. Загрожуючий розрив матки.
- D. Патологічний прелімінальний період.
- E. І період пологів.

4. Першовагітна звернулася до жіночої консультації 22.03.19 зі скаргами на тягнучий біль внизу живота. З анамнезу - остання менструація була 4.01.19 року. При бімануальному

дослідженні: шийка матки збережена, зовнішнє вічко закрите, матка збільшена до 9 тижнів вагітності, рухома, безболісна. Яке ускладнення слід запідозрити?

- A. **Загроза викидня в 9 тижнів вагітності**
- B. Аборт, що розпочався в 9 тижнів вагітності
- C. Міома матки
- D. Завмерла вагітність
- E. Міхуровий занесок

5. Хвору 24-х років доставлено до стаціонару бригадою швидкої допомоги в зв'язку зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість. АТ-100/60 мм рт.ст., Рс- 90/хв. Остання нормальна менструація 2 місяці тому. Під час огляду шийки матки в дзеркалах спостерігаються залишки ембріональної тканини. В ході бімануального дослідження: матка збільшена до 6 тижнів вагітності, безболісна, цервікальний канал пропускає палець. Який попередній діагноз?

- A. **Неповний аборт**
- B. Дисфункціональна маткова кровотеча
- C. Порушена позаматкова вагітність
- D. Запалення придатків матки
- E. Міома матки

6. Вагітна 22-х років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів, що розпочалася 2 дні тому, сильну втому та запаморочення. Термін вагітності 13 тижнів. За день вона використала 6 гігієнічних прокладок. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., температура - 37.8°С, пульс 125/хв., частота дихання - 15/хв. Розпочата інфузійна терапія. При вагінальному дослідженні: кров у піхві, шийка матки згладжена та розкрита. На УЗД плідне яйце в порожнині матки, серцебиття і рухи плода не визначаються. Який з наступних кроків у веденні пацієнтки буде найбільш доречним?

- A. **Дилатація та кюретаж матки**
- B. Антибіотикотерапія
- C. Метотрексат
- D. Магнію сульфат внутрішньовенно
- E. Постільний режим та анальгетики

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

А.Істміко-цервікальна недостатність

- В. Загроза передчасних пологів
- С. Загроза мимовільного аборт
- Д. Мимовільний аборт, що розпочався
- Е. Неповний самовільний аборт

8. У відділення патології вагітних поступила першовагітна 20 років зі скаргами на тягнучі болі внизу живота. Об'єктивно: живіт овоїдної форми за рахунок вагітної матки, що відповідає 30 тижням вагітності. Матка при пальпації приходить у підвищений тонус, положення плоду поздовжнє, голівка над входом у малий таз, серцебиття ясне, ритмічне 140 уд. у хв. Шийка матки замкнута. Встановлений діагноз - загроза передчасних пологів. Ваша тактика?

А.Розпочати токолітичну терапію, профілактику дистрес-синдрому плода

- В. Почати стимуляцію пологів
- С. Перевести в пологовий блок для родорозрішення
- Д. Допомоги не потребує
- Е. Кесарський розтин

9. Вагітна в терміні 11-12 тижнів доставлена до гінекологічного стаціонару з матковою кровотечею та переймоподібними болями в низу живота. Піхове дослідження: піхва заповнена згортками крові, шийка матки розкрита на 2 см, В каналі визначається напружений плідний міхур. Матка збільшена до розмірів 11-12 тижнів вагітності, напружена. Виділення кров'яністі, дуже рясні. Які міри повинен вжити лікар?

А.Вишкрібання порожнини матки

- В. Проведення токолітичної терапії
- С. Консервативне спостереження
- Д. Призначення прогестерону
- Е. Проведення гемотрасфузії

10. Вагітна., 27 років, в терміні 17 тижнів поступила в стаціонар для лікування. В анамнезі - 2 самовільні викидні. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 17 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена , вічко пропускає кінчик пальця. Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. Тактика лікаря:

- A. **Накласти шов на шийку матки**
- B. Токолітична терапія
- C. Переривання вагітності
- D. Провести гормональне лікування
- E. Зробити амніоцентез

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №20

ТЕМА: «ВУЗЬКИЙ ТАЗ. АНОМАЛІЇ ПОЛОЖЕННЯ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА. ПОЛОГИ ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ ТА ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА»

Мета: Ознайомити здобувачів вищої освіти з поняттям «вузький таз, аномалії положення та передлежання плода», сформувати чітке уявлення ведення пологів при неправильному положенні та тазовому передлежанні плода. Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до вузького тазу та аномалій положення та передлежання плода. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття (перелік питань): Аномалії кісткового тазу. Класифікація, діагностика. Діагностика синклітичного і асинклітичного вставлення голівки. Клінічно вузький таз. Особливості ведення пологів.

Класифікація тазових передлежань. Діагностика та особливості ведення вагітності. Неправильне положення плода: класифікація, діагностика, тактика ведення вагітності. Розгинальні передлежання голівки плода: класифікація, діагностика. Корекція неправильних положень та тазових передлежань під час вагітності.

Пологи при неправильному положенні плода та тазових передлежаннях, тактика ведення. Біомеханізм пологів та ручна допомога при тазових передлежаннях.

Однією з найважливіших проблем медицини є зниження перинатального та материнського травматизмів та смертності, які при тазових передлежаннях, вузьких тазах значно перевищують аналогічні показники у популяції, тому раціональне ведення вагітності і пологів при цій патології, своєчасне прогнозування, яке базується на глибоких знаннях, можуть сприяти поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

Знання даної теми є необхідним для своєчасної діагностики можливих ускладнень (материнський та плодовий травматизм, смертність), їх попередження, для визначення правильної тактики ведення вагітності і пологів.

.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Аномалії кісткового тазу.
- Класифікація, діагностика.
- Діагностика синклітичного і асинклітичного вставлення голівки.
- Клінічно вузький таз. Особливості ведення пологів.
- Класифікація тазових передлежань.
- Діагностика та особливості ведення вагітності.
- Неправильне положення плода: класифікація, діагностика, тактика ведення вагітності.
- Розгинальні передлежання голівки плода: класифікація, діагностика. Корекція неправильних положень та тазових передлежань під час вагітності.
- Пологи при неправильному положенні плода та тазових передлежаннях, тактика ведення.
- Біомеханізм пологів та ручна допомога при тазових передлежаннях.

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

Питання:

1. Поняття анатомічного та клінічного вузького тазу.
2. Класифікація анатомічно вузького тазу за формою та ступенем звуження.

Діагностика.

3. Особливості перебігу та ведення пологів при вузьких тазах.
4. Діагностика синклітичного та асинклітичного вставлення голівки плода.
5. Класифікація тазового передлежання. Діагностика та особливості ведення вагітності при тазових передлежаннях.
6. Неправильні положення плода: класифікація, діагностика, тактика ведення вагітності.
7. Розгинальні передлежання голівки плода: класифікація, діагностика.
8. Корекція неправильних положень та тазових передлежань під час вагітності.
9. Пологи при неправильних положеннях та тазових передлежаннях.
10. Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях.
11. Ручна допомога при тазових передлежаннях.

Типові ситуаційні задачі:

Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. І період пологів триває 8 год. Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: повне відкриття шийки матки, голівка притиснута до входу в малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона. Тактика лікаря?

Відповідь: Кесарів розтин

Тестові завдання:

1. Роділля, 28 років, з доношеною вагітністю. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу 23-26-28-18 см.. Припустима вага плоду 3900 г. Роділля занепокоєна, перейми болючі, сильні. Контракційне кільце на рівні пупка, нижній сегмент матки болючий. Встановлений діагноз: загроза розриву матки. Яка лікарська тактика?

А. Кесарів розтин

В. Консервативне проведення пологів

С. Акушерські щипці

Д. Стимуляція пологової діяльності

Е. Вакуум-екстракція плода

2. Повторнонароджуюча поступила в пологове відділення зі скаргами на вилиття навколоплідних вод з активною пологовою діяльністю. Положення плода поздовжнє, І позиція, передній вид, потиличне предлежання. Передбачувана маса плода 4000г.

Розкриття шийки матки повне. Екзостозів малого тазу немає. Голівка плода в площині входу в малий таз. Ознаки Вастена і Цангемейстера позитивні. Ваш діагноз?

- A. Клінічно вузький таз**
- B. Дискоординована пологова діяльність
- C. Нормальний перебіг пологів
- D. Вторинна слабкість пологової діяльності
- E. Високе пряме стояння стрілоподібного шва

3. Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. І період пологів триває 8 год. Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: повне відкриття шийки матки, голівка притиснута до входу в малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона. Тактика лікаря?

- A. Кесарів розтин**
- B. Посилення пологової діяльності
- C. Плродоруйнівна операція
- D. Ведення пологів через природні пологові шляхи
- E. Акушерські щипці

4. На прийом до лікаря жіночої консультації для постановки на облік по вагітності звернулася вагітна 20 років. Із анамнезу виявлено, що росла в важких матеріально-побутових умовах, в дитинстві часто хворіла інфекційними захворюваннями, перенесла рахіт. Наявність якого фактора у жінки може вплинути на метод її пологорозродження?

- A. Вузький таз**
- B. Анемія
- C. Вік
- D. Паритет
- E. Астенічний синдром

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

Оволодіти та удосконалити навички:

- здобувач вищої освіти повинен вміти збирати анамнез у вагітних з тазовим передлежанням плода;
- визначати пельвіометричні ознаки вузького тазу;
- обґрунтувати діагноз і скласти план лікування вагітної з вузьким тазом та аномаліями положення та передлежання плода;
- визначити тактику розродження при цих патологіях.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

1. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

8. Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:
9. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
10. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
11. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипова задача

Повторнонароджуюча поступила в пологове відділення зі скаргами на вилиття навколоплідних вод з активною пологовою діяльністю. Положення плода повздовжне, I позиція, передній вид, потиличне предлежання. Передбачувана маса плода 4000г. Розкриття шийки матки повне. Екзостозів малого тазу немає. Голівка плода в площині входу в малий таз. Ознаки Вастена і Цангемейстера позитивні.

Питання: 1. Встановіть діагноз?

2. Подальша тактика ведення пологів?

Відповіді: 1. Клінічно вузький таз

2. Кесарів розтин

Тестові завдання:

Роділля, 28 років, доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологі перші. Розміри таза: 23-25-28-18 см. Ознака Генкель-Вастена позитивна. Роділля збуджена, живіт напружений, болісний в нижніх відділах. Контракційне кільце на рівні пупка, розташоване косо. Піхвове дослідження: повне відкриття шийки матки, голівка плода притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плоду 140/хв. Яке ускладнення виникло у роділлі?

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

6. Роділля 27 років перебуває в другому періоді пологів, який триває вже 2 години. Очікувана маса плода 4800 г. Серцебиття плода ритмічне, 160/хв. Розміри таза 25-28-30-20 см. Ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: відкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз. Мис не досягається. Яка тактика ведення пологів?

- A. Кесарів розтин**
- B. Консервативно-очікувальна
- C. Лікування гіпоксії плода
- D. Медикаментозний відпочинок
- E. Пологостимуляція окситоцином

7. Другий період пологів сідничного передлежання. Передбачувана маса плода - 3200. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 136 в 1 хвилину. Плід народився до нижнього кута лопаток. Розміри тазу: 25-28-31-21. Яка найбільш раціональна тактика ведення пологів?

- A. Класична ручна допомога**
- B. Кесарів розтин
- C. Метод Цов'янова II
- D. Екстракція плода за тазовий кінець
- E. Поворот плода на голівку

8. Після пологів великим плодом (4200г) у породіллі Д., 28 р. з'явилися болі в області лобкового симфізу. Інтенсивність болю значно зростає при зміні положення тіла в ліжку та при ходьбі. При пальпації діагностується заглибина між лобковими кістками. Пальпація завдає болю. Ваша тактика?

А. Фіксація таза за допомогою «гамака» на 3-4 тижні

В. Туге бинтування тазу на 3-4 тижні

С. Накладання гіпсової лонгети на 1 місяць

Д. Носіння бандажа – 2 місяці

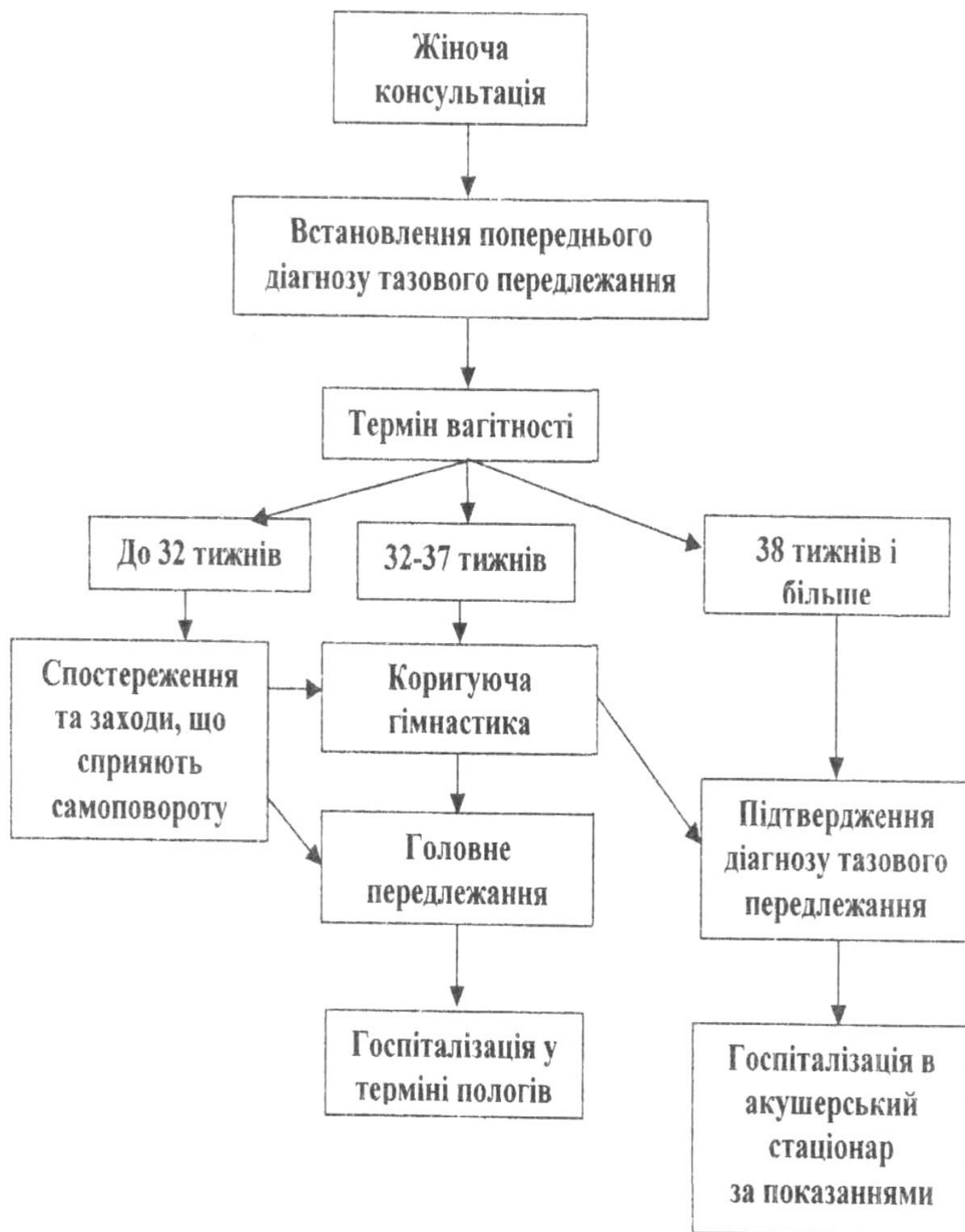
Е. Ліжковий режим на 1 місяць

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

Диференціальна діагностика різних видів передлежань за результатами внутрішнього акушерського дослідження

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	• пальпують об'ємну м'яку частину плода; • визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи • неповне сідничне передлежання – можливо визначити паховий згин; повне – знаходять стопу, що лежить поряд із сідницями • сідничні бугри та анус плода розташовані в одній площині
Ножне	• пальпують п'яткову кістку, пальці – рівні, короткі, великий палець не відводиться в сторону і є обмежено рухомим • великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
Лицеве	• визначають тверді валики та щелепи, ротик та ніс плода • рот та молярні відростки мають трикутну форму
Випадіння ручки при поперечному чи косому передлежанні плода	• великий палець ручки плода можна легко притиснути до долоні • розташування пальців кутоподібне • не пальпують п'яткову кістку

Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода у жіночій консультації



**Алгоритм ведення вагітної з тазовим передлежанням плода
в акушерському стаціонарі**



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

Ознайомити:

- здобувачів вищої освіти з поняттям «вузький таз, аномалії положення та передлежання плода»;

- здобувачів вищої освіти з веденням пологів при неправильному положенні та тазовому передлежанні плода;

Засвоїти:

- здобувач вищої освіти повинен знати види тазових передлежань;
- класифікацію вузьких тазів;
- особливості ведення вагітності і пологів при тазовому передлежанні плода;
- особливості ведення вагітності і пологів при вузькому тазі;
- біомеханізм пологів при тазових передлежаннях плода;
- біомеханізм пологів при різних видах звуження тазу, можливі ускладнення при цих станах;

Оволодіти та удосконалити навички :

- здобувач вищої освіти повинен вміти збирати анамнез у вагітних з тазовим передлежанням плода;
- визначати пельвіометричні ознаки вузького тазу;

Вміти:

- обґрунтувати діагноз і скласти план лікування вагітної з вузьким тазом та аномаліями положення та передлежання плода;
- визначити тактику розродження при цих патологіях.

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

Нетипова задача

Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. І період пологів триває 8 год. Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхове дослідження: повне відкриття шийки матки, голівка притиснута до входу в малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона.

Питання: 1.Встановіть діагноз

2.Тактика лікаря?

3.Яка очікувана вага плода?

Відповідь: 1.Вагітність І, пологи І, у поздовжньому положенні, головному передлежанні, першій позиції, передній вид. Клінічно вузький таз. Макросомія.

2.Кесарів розтин

3.Очікувана вага плода 4080 ± 200 гр.

Тестові завдання

1. У пологовий будинок поступила роділля з активною пологовою діяльністю. Вагітність 1-а. ОЖ – 100 см, ВДМ – 39 см. Розміри тазу 26-29-32-20 см. Положення плоду поздовжне, 1-а позиція, передній вид, в області дна матки визначається велика щільна частина плоду. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, плодовий міхур цілий, передлежить ніжка плода. Кістки тазу гладкі. Тактика ведення пологів?

A. Кесарів розтин

B. Консервативне ведення пологів по Цов'янову

C. Пологозбудження

D. Амніотомія

E. Класичні ручні методи

2. Роділля 30 років. Таз нормальних розмірів. Пологи тривають 9 год. Визначається великий плід. Безводний період – 4 год. Потужний період триває одну годину. При пальпації нижній сегмент різко болючий, контракційне кільце матки на рівні пупка. Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134/хв. Який метод пологорозрішення?

A. Кесарів розтин

B. Порожнинні акушерські щипці

C. Вихідні акушерські щипці

D. Вакуум-екстракція плода

E. Консервативне ведення пологів

3. Роділля 32 років, перші пологи перебігали нормально, народилася дитина масою 4 кг. Дана вагітність друга. Таз нормальних розмірів. Пологи продовжуються 8 год. Води відійшли 4 год тому. Потужний період триває 1 годину. Перейми різко болючі, болі внизу живота поза переймою не проходять, носять потужний характер. При пальпації нижній сегмент різко болючий, контракційне кільце матки на рівні пупка. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134 уд/хв. Який метод пологорозрішення?

A. Кесарів розтин

B. Порожнинні акушерські щипці

C. Вихідні акушерські щипці

D. Вакуум-екстракція плода

Е. Консервативне ведення пологів

4. У первістки з розмірами тазу 25-28-31-20 см почалася активна пологова діяльність. Води відійшли, чисті. Маса плода - 4500 г. Голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136/хв. Яка тактика ведення пологів?

А. Кесарів розтин

В. Вакуум-екстракція плода

С. Акушерські щипці

Д. Консервативне ведення пологів

Е. Стимуляція пологової діяльності

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №21

ТЕМА: «АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАТКИ. ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ. ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО»

Мета: виховна (навчити здобувача вищої освіти відповідальності і послідовності в роботі, чуйності і толерантного відношення до вагітної жінки); наукова (навчити здобувача вищої освіти логічного клінічного мислення та новим для нього методам діагностики); творча (надати можливість здобувачу вищої освіти самостійно вирішити нетипову задачу, з самостійним вибором шляху вирішення); відповідальна (розвинути у здобувача вищої освіти почуття відповідальності за правильність професійних дій).

Основні поняття (перелік питань): Класифікація, фактори ризику, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності. Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності. Перинатальні наслідки. Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.

Травматичні ушкодження вульви, піхви, промежини. Розрив шийки матки. Розрив матки: класифікація, механізм виникнення. Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся. Особливості розриву матки за рубцем. Діагностика, лікування і профілактика. Виворіт матки. Розходження і розриви зчленувань таза. Післяпологові нориці. Етіологія, лікування, профілактика.

Загальні поняття про оперативні втручання в акушерстві: операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни. Операції для підготовки пологових шляхів (періно - та епізіотомія, амніотомія). Акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, кесарів розтин: показання. Оперативні втручання в послідовому та післяпологовому періоді. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення. Ручне та інструментальне обстеження матки після пологів. Показання до надпідвової ампутації, екстирпації матки, перев'язки внутрішніх здухвинних артерій.

Частота аномалій пологової діяльності в сучасному акушерстві складає до 10%. Аномалії пологової діяльності призводять до ряду ускладнень в пологах (передчасне відшарування плаценти, неправильні вставляння головки плода, інтранатальна гіпоксія плода, порушення відділення плаценти і виділення посліду, гіпотонічні кровотечі в післяпологовому періоді, пологовий травматизм матері і плода, гнійно-септичні ускладнення), що обумовлює вплив цієї патології на показники перинатальної захворюваності і смертності. В майбутній практичній діяльності лікарі неодноразово матимуть нагоду давати рекомендації щодо усунення причин, які викликають аномалії пологової діяльності (екстрагенітальні захворювання, порушення статевого розвитку, різноманітні запальні захворювання і т.п.).

Частота оперативного розродження в теперішній час досягає 20-24 %. Домінує в структурі оперативних втручань операція кесарева розтину. Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення для матері і плода, погіршують якість життя.

Частота кесаревого розтину в Україні постійно зростає, що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

В Україні спостерігається підвищення перинатальної смертності водночас із підвищенням частоти розродження шляхом кесарева розтину вище 14% та збільшення летальності серед жінок, яких було розроджено оперативним шляхом.

Показник материнської смертності, асоційованої із кесаревим розтином (близько 40 на 100,000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100,000 живонароджених), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100 000).

Кесарів розтин збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження в 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного кесаревого розтину в 5 разів перевищує аналогічну при першому кесареві розтині. Все це потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти не обґрунтованого оперативного втручання.

За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.

- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Класифікація, фактори ризику, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності.
- Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності.
- Перинатальні наслідки.
- Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.
- Травматичні ушкодження вульви, піхви, промежини.
- Розрив шийки матки.
- Розрив матки: класифікація, механізм виникнення.
- Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся.
- Особливості розриву матки за рубцем. Діагностика, лікування і профілактика.
- Виворіт матки. Розходження і розриви зчленувань таза. Післяпологові нориці. Етіологія, лікування, профілактика.
- Загальні поняття про оперативні втручання в акушерстві: операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни.
- Операції для підготовки пологових шляхів (періно - та епізіотомія, амніотомія).
- Акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, кесарів розтин: показання. Оперативні втручання в послідовому та післяпологовому періоді.
- Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення. Ручне та інструментальне обстеження матки після пологів.
- Показання до надпихової ампутації, екстирпації матки, перев'язки внутрішніх здухвинних артерій.

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

Питання:

1. Аномалії пологової діяльності. Класифікація. Фактори ризику.
2. Патогенез різних видів аномалій пологової діяльності.
3. Слабкість пологової діяльності. Клініка, діагностика та лікування первинної і вторинної слабкості пологової діяльності.
4. Дискоординована пологова діяльність. Клініка, діагностика та лікування.
5. Надмірна пологова діяльність. Клініка, діагностика та лікування.
6. Профілактика порушень пологової діяльності. Перинатальні наслідки.
7. Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.
8. Загальні відомості про акушерські операції. Показання, умови, протипоказання. Підготовка. Обстеження. Інструментарій.
9. Операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни.
10. Операції, що готують пологові шляхи (перинео- та епізіотомія, амніотомія).
11. Акушерські щипці. Вакуум-екстракція плода. Показання, умови, протипоказання.
12. Оперативні втручання у послідовому та післяпологовому періоді.
13. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення.
14. Кесарський розтин у сучасному акушерстві. Показання та протипоказання до кесарського розтину. Варіанти кесарського розтину.
15. Хірургічні методи зупинки маткової кровотечі в акушерстві. Перев'язка маткових та яєчникових судин. Надпівкова ампутація матки. Екстирпація матки. Перев'язування внутрішніх здухвинних артерій: показання.
16. Травматичні пошкодження вульви, піхви і промежини.
17. Розриви шийки матки в пологах.
18. Розриви матки при вагітності і в пологах: класифікація, механізми виникнення.
19. Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся.
20. Особливості розривів матки по рубцю: діагностика, лікування, профілактика.
21. Виворіт матки. Причини виникнення. Тактика лікаря.
22. Розходження і розриви зчленувань таза в пологах.
23. Післяпологові нориці: етіологія, лікування, профілактика.

Типові задачі

1. Жінка 22 років поступила до пологового будинку з болісними переймами через кожні 2 хвилини по 25-30 секунд. Відкриття шийки матки 2 см. Через 2 години після проведення

інфузії з гексопреналіном роділля знову скаржиться на болісні перейми. Відкриття шийки матки колишнє.

Встановіть варіант аномалії пологової діяльності.

Відповідь: Дискоординована пологова діяльність.

2. У жінки перші пологи тривають 9 годин. Голівка плоду притиснута до входу в малий таз. Перейми слабкі, 2 перейми за 10 хвилин по 20-25 секунд. Серцебиття плоду ритмічне, 136 уд/хв. При вагінальному дослідженні шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 5-6 см. Плідний міхур цілий. При проведенні вагінального дослідження через 4 години отримані ті ж дані.

Встановіть варіант аномалії пологової діяльності.

Відповідь: Первинна слабкість пологової діяльності.

3. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна. При огляді пологових шляхів виявлений розрив шийки матки, що кровоточить, довжиною до 2 см. Вкажіть основну причину кровотечі.

Відповідь: Розрив шийки матки I ступеня.

4. Повторнонароджуюча 25 років поступила з вилиттям навколоплідних вод при терміні гестації 38 тижнів. Пологової діяльності немає. АТ 125/75 мм рт. ст. Положення плоду повздовжнє, тазовий кінець плоду над входом в малий таз. Серцебиття плоду ритмічне, 148 уд/хв. Шийка матки довжиною 1,0 см, м'яка, канал прохідний для 2 см, плодового міхура не має, ніжки плоду над входом в малий таз. Мис не досяжний. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Кесарів розтин.

Тестові завдання

1. Вкажіть ознаки, характерні для патологічного прелімінарного періоду.

А. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

В. Тетанічні скорочення матки.

С. Нерегулярні, слабкі переймоподібні болі внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тонусу матки при зрілій шийці матки

D. Хаотичні перейми

E. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна.

2. Вкажіть ознаки, характерні для дискоординованої пологової діяльності.

A. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

B. Тетанічні скорочення матки.

C. Нерегулярні, слабкі переймоподібні болі внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тонусу матки при зрілій шийці матки

D. Хаотичні перейми

E. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна

3. Вкажіть ознаки, характерні для надмірно сильної пологової діяльності.

A. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

B. Тетанічні скорочення матки.

C. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більша 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому розкриттю маткового вічка

D. Хаотичні перейми

E. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна

Вірні відповіді:

1 – A; 2 – E; 3 – C.

1. Які ознаки загрози розриву матки?

A. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

B. Тетанічні скорочення матки.

C. Регулярні, болісні перейми, які виникають при зрілій шийці матки

D. Контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище;

Е. Перейми по 25 сек, через 4-6 хв. супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки догори.

2. Які показання для операції накладання акушерських щипців з боку матері?

А. Слабкість пологової діяльності в другому періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.

В. Інтранатальний дистрес плоду

С. Переношена вагітність

Д. Дискоординована пологова діяльність.

Е. Дистопія нирок.

Вірні відповіді:

1 – D; 2 – A.

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

Оволодіти та удосконалити навички:

оцінки характеру пологової діяльності;

- визначення на партограми аномалій скоротливої діяльності матки;

- правильного формулювання акушерського діагнозу при аномаліях пологової діяльності;

- визначення акушерської тактики при різних видах аномалій скоротливої діяльності матки;

- оцінки стану плоду при аномаліях скоротливої діяльності матки;

- фармакологічної корекції при аномаліях пологової діяльності;

прогнозування ризику пологового травматизму;

- розпізнавання клінічних ознак розриву матки;

- алгоритм невідкладної допомоги при пологових травмах.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

1. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

2. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної

допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"

3. Наказ МОЗ України від 17.05.2022 № 822 "Про затвердження Стандарту «Парентеральна періопераційна антибіотикопрофілактика»

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення вагітної.

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

Нетипова задача

1. Повторновагітна 32 років знаходиться в пологах 8 годин. Термін вагітності 40 тижнів. Розміри тазу 25-28-30-20 см. ОЖ 100 см., ВСДМ 48 см. Перейми по 50-55 секунд через 1-1,5 хвилини, різко болісні. Матка між переймами не розслабляється, в гіпертонусі. Серцебиття плоду до 120 уд/хв. Ознака Вастена позитивна. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового вічка повне, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Плідний міхур відсутній. Підтікають меконіальні навколоплідні води.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Вкажіть обов'язковий об'єм передопераційного обстеження пацієнтки.
5. Вкажіть існуючі категорії ургентності при виконанні кесаревого розтину.

Відповіді.

1. Вагітність II, 40 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, задній вид. Макросомія. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. II період пологів.
2. Лапаротомія. Кесаревий розтин у нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.
3. Показання для кесарева розтину – клінічно вузький таз, загроза розриву матки.

4. Група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма, час згортання крові.
5. 1 категорія ургентності (існує значна загроза життю матері та/або плода) – операція має бути розпочата не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань;
- 2 категорія ургентності (стан матері та/або плоду порушені, але безпосередньої загрози життю матері/або плода немає) - операція має бути розпочата не пізніше, ніж через 30 хвилин від визначення показань;
- 3 категорія ургентності (стан матері та плоду не порушені, однак потребують абдомінального розродження) - операція має бути розпочата впродовж 75 хвилин.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали:

- Наказ МОЗ України № 676 від 31.12. 2004 «Аномалії пологової діяльності».

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРШОГО І ДРУГОГО ПЕРІОДІВ ПОЛОГІВ

Період пологів	Перші пологи	Повторні пологи
Перший період пологів		
Латентна фаза (від початку регулярних переймів до розкриття шийки матки до 3-4 см)		
Середня тривалість (год.)	6,4	4,8
Максимально допустима тривалість (год.)	8	8
Швидкість розкриття (см/год)	0,3	0,35
Частота переймів (за 10 хвилин)	Не менше двох	
Тривалість переймів (сек.)	20-25	
Активна фаза (розкриття шийки матки від 3-4 см до 10 см)		
Середня тривалість (год.)	4,6	2,4
Максимально допустима тривалість (год.)	11,7	5,2
Мінімально допустима швидкість розкриття (см/год.)	1,0	1,0
Частота переймів (за 10 хвилин)	3-5 перейм	
Тривалість переймів (сек.)	40-50	
Другий період пологів		
Максимально допустима тривалість (год.)		

КЛАСИФІКАЦІЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МКХ-10

Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та затяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Затяжні пологи	O63
Затяжний перший період пологів	O63.0
Затяжний другий період пологів	O63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т.д.	O63.2

Затяжні пологи, неуточнені	O63.9
----------------------------	-------

ДІАГНОСТИКА НЕЗАДОВІЛЬНОГО ПРОГРЕСУ ПОЛОГІВ

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Удавані перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкрита менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.	Диспропорція голівки плода і тазу
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнонароджуючих).	Затягнутий період вигнання

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПОЛОГАХ У ПОТИЛИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА ВІДПОВІДНО ФАЗАМ ПОЛОГІВ

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільне на латентна фаза)	> 8 годин	> 8 годин	1. Амніотомія 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину E ₂ . 3.Оцінка ефективності через 6-8 годин з переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів: - визначення динаміки розкриття шийки матки і просування голівки кожних 2 години зовнішніми методами; - внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4.При відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 годин родопосилення окситоцином - розродження операцією кесарева розтину.

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	

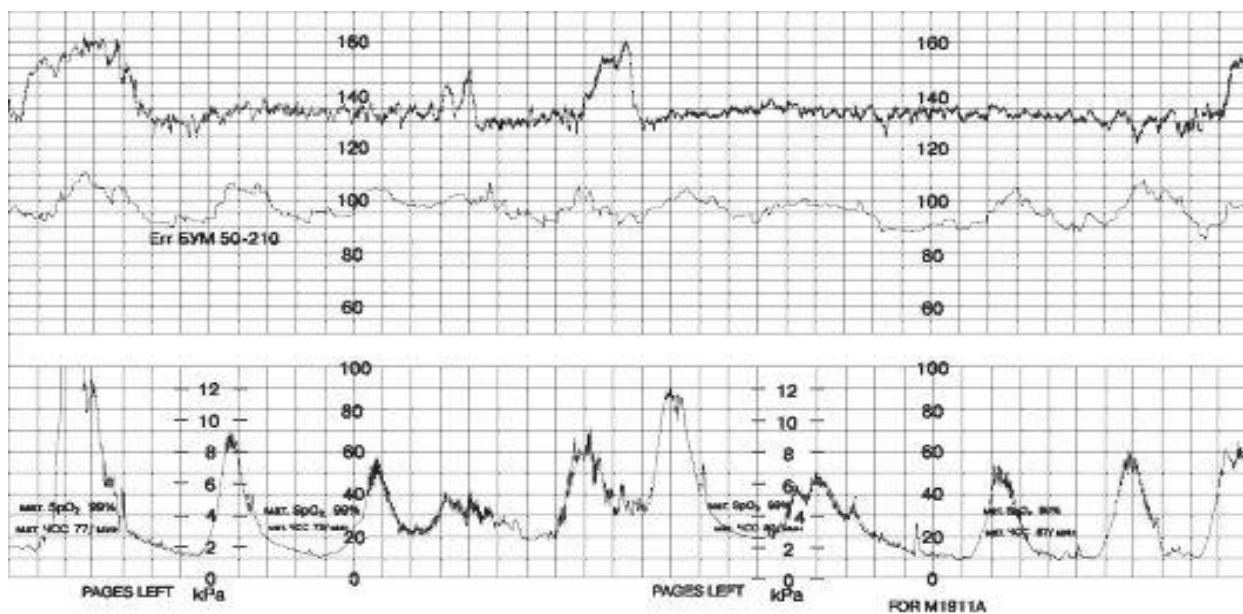
Активна фаза			
1 .Уповільнення розкриття шийки матки	<1 см/год	<1 см/год	1 . Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі
2. Уповільнення просування голівки плода відносно площини входу у малий таз	Відповідно до партограми	Відповідно до партограми	2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину F _{2α} . Кесарів розтин за умови клінічної невідповідності розмірів голівки та тазу
Збільшення тривалості періоду вигнання	>2 год.	>1 год.	1 . Виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і тазу. При клінічній невідповідності - розродження операцією кесарева розтину. 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину. 3. Залежно від місця розташування передлеглої голівки плода - вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

ДІАГНОСТИКА ІНТРАНАТАЛЬНОГО ДИСТРЕСУ ПЛОДУ ТА ТАКТИКА ВЕДЕННЯ

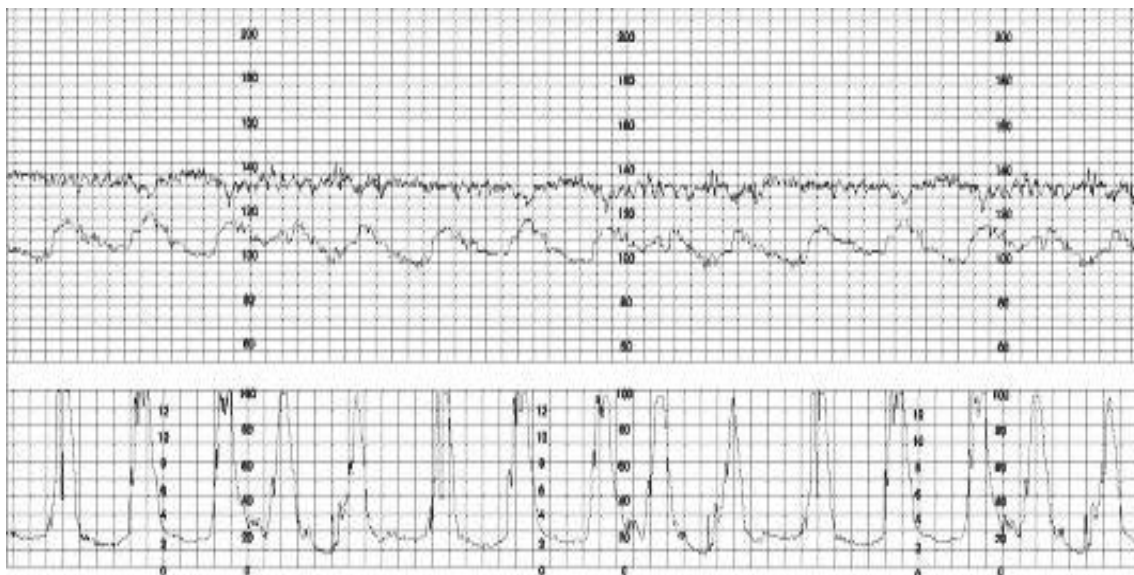
Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесаревий розтин
	брадікардія	109-100	припустиа	моніторинг ЧСС
		< 100	дистрес	кесаревий розтин
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС

скорочень, (уд./хв.)		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадікардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
		< 90	дистрес	екстракція плода
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

КТГ ПРИ ДИСКООРДИНОВАНІЙ ПОЛОГОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ:



КТГ ПРИ НАДМІРНО СИЛЬНІЙ ПОЛОГОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ:



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

Оволодіти та удосконалити навички:

- оцінки характеру пологової діяльності;
- визначення на партограми аномалій скоротливої діяльності матки;
- правильного формулювання акушерського діагнозу при аномаліях пологової діяльності;
- визначення акушерської тактики при різних видах аномалій скоротливої діяльності матки;
- оцінки стану плоду при аномаліях скоротливої діяльності матки;
- фармакологічної корекції при аномаліях пологової діяльності;
- прогнозування ризику пологового травматизму;
- розпізнавання клінічних ознак розриву матки;
- алгоритм невідкладної допомоги при пологових травмах.

Вміти :

- оцінити характер пологової діяльності та визначити тип порушення;
- визначити тактику ведення пологів в залежності від отриманих результатів;
- оцінити результати дослідження стану плоду (КТГ);
- скласти тактику лікування при різних варіантах аномалій пологової діяльності.
- оцінити загальну крововтрату в пологах;
- оцінити загальний стан матері і плоду;
- вміти скласти алгоритм надання допомоги при розривах матки.

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження роділь.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок, щодо оцінки партограми, результатів КТГ, складання плану ведення пологів.

Обговорюється необхідність вміти правильно формулювати акушерський діагноз при аномаліях пологової діяльності; оцінити результати дослідження стану плода і плаценти (КТГ) та визначити тактику ведення пологів в залежності від отриманих результатів; оцінити характер пологової діяльності; скласти схему медикаментозної корекції різних видів аномалій пологової діяльності.

В умовах відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо прогнозування ризику пологового травматизму; розпізнавання клінічних ознак загрози розриву матки; розпізнавання клінічних ознак розриву матки;

Обговорюється необхідність вміти правильно оцінити загальну крововтрату в пологах; а також оцінити загальний стан матері і плода; скласти алгоритм дії лікаря при акушерських травмах.

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

Нетипова задача

1. Роділля 30 років надійшла до пологового будинку через 2 години від початку переймів. Термін гестації 40 тижнів. Дана вагітність ІІІ, попередні закінчились терміновими пологами.

Об'єктивно: перейми по 25-30 секунд, значної сили, 5 переймів за 10 хвилин, обвід живота - 110 см, висота дна матки - 33 см. Розміри тазу 26-29-31-20 см. Серцебиття плоду 116 ударів в 1 хвилину, ритмічне.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 8 см. Плідний міхур відсутній, підтікають меконеальні навколоплідні води. Передлежить голівка в малим сегментом в площині входу в малий таз, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до лона. Мис недосяжний. Деформацій тазу немає.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Вкажіть можливі причини описаного порушення пологової діяльності.
3. Вкажіть можливі ускладнення.
4. Складіть план ведення пологів.

2. Першовагітна 25 років госпіталізована до пологового будинку зі скаргами на перейми, що розпочалися 12 годин тому. Скаржиться на постійний біль у попереку.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, пульс 82 ударів за 1 хвилину, АТ 115/70 мм рт.ст. Обвід живота - 98 см, висота стояння дна матки - 33 см. Тонус матки під час перейм нерівномірний. Перейми по 25 секунд через 4-6 хвилин супроводжуються болем, якій розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна. Серцебиття плоду ритмічне, 132 ударів в 1 хвилину. Розміри тазу: 25-28-31-21 см.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка 3 см. Плідний міхур цілий. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до лона. Мис недосяжний. Деформацій тазу немає.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Вкажіть можливі ускладнення пологів.
3. Складіть план ведення пологів.

3. В пологовий будинок надійшла першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів зі скаргами на біль внизу живота та попереку. Біль різної тривалості й інтенсивності турбує жінку 12 годин.

Тонус матки при пальпації підвищений. Серцебиття плоду ритмічне, 152 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки довжиною 3 см, відхилена до крижів, щільна, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Мис недосяжний. Виділення слизові, помірні.

Питання:

1. Встановіть діагноз
2. Вкажіть можливі причини даного ускладнення.
3. Складіть план ведення пацієнтки.

Задача 1.

Першовагітна знаходиться в II періоді пологів. Під час останнього УЗ дослідження діагностовано однократне обвиття пуповиною навкруги шиї, вільні петлі пуповини відсутні. Термін вагітності 38-39 тижнів. Потуги помірної сили, по 55-60 секунд, через 1-1,5 хвилин. Серцебиття плоду що вислуховувалось під час останніх трьох потуг 80-85 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового вічка повне, голівка плоду на тазовому дні, стрілоподібний шов в прямому розмірі площини виходу з

малого тазу, мале тім'ячко біля лона. Лікарем призначено внутрішньовенне введення 100 мг. кокарбоксілази.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Вкажіть помилки лікаря під час надання акушерської допомоги.
4. Вкажіть чому виникло вказане ускладнення пологів.

Відповіді

1. Вагітність I, 38-39 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Пологи I, термінові, II період пологів. Дистрес плоду.
2. Негайне розродження шляхом операції накладання вихідних акушерських щипців або вакуум-екстракції плоду.
3. Використання медикаментів є помилкою лікаря під час надання акушерської допомоги тому, що їх використання не впливає на стан плоду
4. Інтранатальний дистрес плоду виник як результат патології пуповини – тугого її обвиття навкруги шії.

Задача 2.

Вагітна 30 років поступила в пологовий будинок при терміні гестації 38 тижнів зі скаргами на кров'яні виділення із статевих шляхів, запаморочення, болі в животі. Перша вагітність 6 років тому завершилася своєчасними пологами. Наступні три вагітності завершилися абортами в ранньому терміні. Дана вагітність п'ята, до 36 тижня перебігала без ускладнень. За 2 тижні до надходження в пологовий будинок з'явилися набряки нижніх кінцівок, АТ 150/105 мм рт. ст. але відчувала себе задовільно і в жіночу консультацію не зверталася.

Загальний стан важкий. Шкіра бліда, нижні кінцівки набряклі. У сечі – білок 5,0 г/л. Пульс 110 уд/хв., слабкого наповнення, АТ 90/50 мм рт. ст. Із статевих шляхів виділяється темна кров. При пальпації матка в гіпертонусі, різко болісна, асиметрична. Серцебиття плоду не вислуховується.

В умовах розгорнутої операційної виконано внутрішньо-акушерське дослідження: шийка матки довжиною 1,5 см, відкриття маткового вічка - 2 см. Плідний міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, розташована над входом в малий таз. Мис не досяжний. Виділення кров'яні, помірні.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Вкажіть першочергові дії персоналу пологового будинку.
5. Чому виникло указане ускладнення вагітності.

Відповіді

1. Вагітність V, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Геморагічний шок. Антенатальна загибель плоду.
2. Лапаротомія. Кесаревий розтин в нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.
3. Показання для кесарева розтину – відшарування нормально розташованої плаценти, відсутність умов для розродження через природні пологові шляхи.
4. Першочергові заходи медичного персоналу пологового будинку:
 - оцінка життєво важливих функцій (пульс, АТ, ЧД, психічний статус);
 - підняти ноги або ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного повернення до серця;
 - повернути пацієнтку на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при виникненні блювоти і забезпечення прохідності дихальних шляхів;
 - катетеризація 1-2 периферичних вен;
 - набрати 10 мл крові для визначення груповий і резус приналежності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну і гематокриту, виконання тест Лі-Уайта до початку інфузії;
 - інгаляція 100% кисню із швидкістю 6 - 8 л/мін. через носо-лицьову маску або носову канюлю.
5. Відшарування нормально розташованої плаценти виникло у зв'язку з наявністю довготривалої нелакованої прееклампсії, .

Задача 3.

Роділля М., 26 років доставлена в пологове відділення у важкому стані. З анамнезу: перша вагітність завершилась штучним абортom у терміні 10 тижнів без ускладнень. Друга вагітність три роки тому – своєчасними пологами, плодом масою 3200, розродження здійснене шляхом кесарева розтину у зв'язку з інтранатальним дистресом плода. Після пологовий період ускладнився ендометритом. Дана вагітність третя, ускладнилась в терміні 8-9 тижнів загрозою переривання. Термін вагітності 37 тижнів.

Об'єктивно: вагітна загальмована, скаржилась на біль внизу живота. Температура 36,8⁰С, АТ 90/50 та 80/50 мм рт.ст. Пульс 120 ударів в 1 хвилину. Рухів плоду не відчуває. Живіт напружений, болісний при пальпації, визначається тупий перкуторний звук у відлогих

місцях. Контури матки нечіткі. Під передньою черевною стінкою визначаються дрібні частини плоду, серцебиття його не вислуховується.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна. Шийка матки довжиною 3см розташована за віссю таза, зовнішнє вічко закрите. Пальпація уявного рубця на матці через переднє склепіння, екскурсії шийки матки болісні. Передлегла частина розташована високо над входом в таз, зміщена вліво.

Завдання:

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Причини, що обумовили описану патологію.
4. Тактика ведення пацієнтки.

Відповіді

1. Діагноз: Вагітність III, 37 тижнів. Рубець на матці. Гістопатичний розрив матки, що стався за межами лікувального закладу. Антенатальна загибель плоду. Кровотеча. Геморагічний шок II ступеню.

2. Діагноз підтверджений:

- Операція кесарева розтину в анамнезі
- Нечіткі контури матки, болісність та напруженість живота при пальпації, тупий перкурторний звук у відлогих місцях живота, розташування дрібних частин плоду під черевною стінкою.
- Відсутність рухів та серцевих тонів плода
- Показники артеріального тиску, пульса, що свідчать про внутрішньочеревну кровотечу, шоківий індекс 1,45.

3. Гістопатичний розрив матки обумовлений морфологічними змінами тканин матки в ділянці рубця, що призвели до його неспроможності.

4. Тактика ведення пацієнтки:

- а) негайна лапоротомія, перев'язка внутрішніх клубових артерій. При відсутності пошкодження судинних пучков – ушивання розриву після вилучення плоду та плаценти; в разі задіяності судинних пучков – екстирпація матки без додатків. Обов'язкове дренування черевної порожнини.
- б) лікування гемологічного шоку: відновлення ОЦК, забезпечення адекватного газообміну, лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності, корекція метаболічних порушень.

Задача 4.

Породілля К. 34 років на шосту добу після пологів у зв'язку з виділенням сечі через піхву. Останні дві доби зафіксована субфебрильна температура.

З анамнезу: перша вагітність закінчилась передчасними пологами живою дитиною масою 2200г. Другі пологи ускладнились передчасним розривом плодових оболонок, первиною слабкістю пологової діяльності, довготривалим стоянням голівки плоду в вузькій частині малого тазу. В зв'язку з цим були накладені акушерські щипці та вилучена жива дівчинка масою 3800г. Після пологів шийка матки та піхва оглянуті в дзеркалах – цілі. Рана після епізіотомії ушита вікріловим швом. Після пологів мала місце затримка сечі, утруднене сечовипускання, утруднення при катетеризації сечового міхура у зв'язку з набряком зовнішніх статевих органів та передньої губи шийки матки.

Об'єктивно: загальний стан породіллі задовільний. Температура тіла 37,4 °С. АТ 120/80 мм рт.ст, пульс 86 ударів в 1 хвилину. Патологічних змін внутрішніх органів не діагностовано.

По передній стінці піхви в верхній третині визначений рубцовий тяж, який досягає склепіння та утворює щілину розміром 1-2 см. Зі щілини вип'ячується тканина яскраво-червоного кольору та виділяється сеча.

Завдання:

1. Діагноз
2. Клінічні симптоми, що підтверджують діагноз
3. Додаткові методи дослідження, що допомагають уточнити діагноз
4. Причини ускладнення
5. Профілактика описаного ускладнення.

Відповіді

1. Післяпологовий період, шоста доба. Піхвово-міхурна нориця.
2. Наявність піхвово-міхурної нориці підтверджується мимовільним сечовипусканням та даними огляду: по передній стінці верхній третині піхви знайдений тяж, який утворює щілину 1×2 см. Зі щілини вип'ячується яскраво-червона тканина та виділяється сеча.
3. Уточити наявність піхвово-міхурної нориці можна за допомогою цистоскопії та інстіляції у сечовий міхур кольорової рідини.
4. Причиною утворення мимовільних післяпологових нориць є тривале здавлювання м'яких тканин пологових шляхів та внутрішніх органів (сечового міхура, прямої кишки) між стінками таза та передлегою частиною. Це призводить до ішемії, некротизації та відторгнення тканин. Після відторгнення змертвілих тканин сеча (або кал) проникають в піхву, за звичай, на 4-6-й день після пологів.
5. Рациональне ведення пологів: своєчасна діагностика та лікування ускладнень пологів.

Характеристика переходів	Пологова діяльність						
	Фізіологічний прелімінарний період	Фізіологічні пологи, латентна фаза	Фізіологічні пологи, активна фаза	Патологічний прелімінарний період	Слабкість пологової діяльності	Надмір на пологову діяльність	Дискоординована пологова діяльність
нерегулярні, слабкі	+						
1-2 переходи за 10 хвилин тривалістю 20 секунд і більше		+					
3-5 переходів за 10 хвилин тривалістю 20 секунд і більше			+				
нерегулярні, різної інтенсивності та тривалості				+			
регулярні, але мають недостатню силу і тривалість, проміжок між переходами збільшується					+		
сильні переходи, більше 5 протягом 10 хвилин						+	
нерегулярні, сильні, різко болісні							+

Тест. Характеристика переходів при різних варіантах пологової діяльності
Вірна відповідь позначена «+»

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №22
ТЕМА: «АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ
ВАГІТНОСТІ, У ПОЛОГАХ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ»

Мета: навчити здобувача вищої освіти відповідальності і послідовності в роботі, чуйності і толерантного відношення до вагітної жінки; наукова (навчити здобувача вищої освіти логічного клінічного мислення та новим для нього методам діагностики); творча (надати можливість здобувачу вищої освіти самостійно вирішити нетипову задачу, з самостійним вибором шляху вирішення); відповідальна (розвинути у здобувача вищої освіти почуття відповідальності за правильність професійних дій).

Основні поняття (перелік питань): Акушерські кровотечі. Передлежання плаценти: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, особливості перебігу, ведення вагітності та пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: етіологія, клініка, діагностика, особливості ведення вагітності і пологів. Матка Кювелера. Порухення процесів відшарування плаценти. Маткова кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини). Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах.

Зміни умов життя, вплив різних несприятливих факторів зовнішнього середовища, збільшення числа жінок з екстрагенітальною патологією призводять до порушення гармонічного розвитку вагітності. Частота акушерських кровотеч складає 5-10 % усіх випадків пологів, але саме вони представляють собою найчастішу причину материнської захворюваності, інвалідності та смертності (20 - 25%). Масивна акушерська кровотеча на протязі декілька минут може приводити до геморагічного шоку, супроводжуватись порушенням системи гемостазу та може стати фатальною внаслідок спізнитого усунення дефіциту крові і її компонентів.

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.

- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Акушерські кровотечі.
- Передлежання плаценти: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, особливості перебігу, ведення вагітності та пологів.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: етіологія, клініка, діагностика, особливості ведення вагітності і пологів. Матка Кювелера.
- Порушення процесів відшарування плаценти.
- Маткова кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини). Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах.

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

Питання:

1. Передлежання плаценти. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка і діагностика.
2. Особливості перебігу і ведення вагітності та пологів при передлежанні плаценти. Акушерська тактика.
3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Етіологія, клініка, діагностика. Акушерська тактика.
4. Порушення процесів відшарування плаценти. Маткова кровотеча в послідовому періоді.
5. Маткова кровотеча в ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Алгоритм надання медичної допомоги.
6. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини).
7. Оперативні втручання у послідовому та післяпологовому періоді.
8. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду.

Типові задачі

1. Першовагітна в терміні гестації 32 тижні доставлена до пологового будинку машиною швидкої допомоги. Скаржиться на раптову появу під час акта дефекації яскравих кров'яних, безболісних виділень з піхви. Матка при пальпації безболісна, у нормальному тонусі. Стан вагітної задовільний. Крововтрата 200 мл, кровотеча зупинилася. Серцебиття плода вислуховується. Вагінальне обстеження: шийка матки довжиною 3 см, зовнішнє вічко закрите. Через склепіння піхви визначається масивне, м'якої консистенції утворення, яке розташоване нижче голівки плоду. Пальці лікаря після обстеження злегка забруднені червоною кров'ю. Після вагінального дослідження знову почалася кровотеча у кількості 50 мл. Через 10 хвилин кровотеча самостійно зупинилася.

1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?

Відповідь:

1. Вагітність I, 32 тижня. Передлежання плаценти.
2. Термінова госпіталізація. Строгий ліжковий режим. Дієта, багата вітамінами, білками. Седативні препарати. Препарати, що розслаблюють м'язи матки (токолітична терапія). Вагітну забороняється виписувати зі стаціонару.

2. Повторновагітна в терміні гестації 33 тижні надійшла у пологовий будинок 20 днів потому, коли під час нічного сну раптово почалася кровотеча. У відділенні патології вагітності кровотеча тричі повторювалася. Щораз вона була нетривалою, по 7-10 хвилин, але зі збільшенням крововтрати – 50-70-100 мл. 2 години тому, одночасно з початком регулярних перейм, з'явилася незначна кровотеча. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв. Стан породіллі задовільний. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття цервікального каналу 4 см, перешийок цілком перекритий товстою губчатою тканиною із шорсткуватою поверхнею.

1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?

Відповідь:

1. Вагітність IV, 36 тижнів. Пологи передчасні. I період пологів. Повне передлежання плаценти.
2. Кесарів розтин, при необхідності – гемотрансфузія.

3. Повторнонароджуюча у терміні гестації 39 - 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на незначну кровотечу з піхви і сильні постійні болі в животі, що з'явилися через 6 годин після початку регулярних перейм. Пологи II, термінові, вагітність III. В 20 і 32 тижні

гестації лікувалася з приводу гіпертонічної хвороби І ст. Останні 2 тижня турбує головний біль і підвищена стомлюваність. Загальний стан породіллі задовільний. Серцебиття плода глухе, 170 уд./хв. Вагінальне дослідження: в піхві незначні кров'яністі виділення зі згустками крові. Розкриття шийки матки майже повне. Плодовий міхур цілий. Голівка плоду великим сегментом на вході в малий таз. Показники крові і сечі без патологічних відхилень.

1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?

Відповідь:

1. Вагітність ІІІ, 39-40 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Пологи ІІ, термінові, І період пологів. Передчасне часткове відшарування нормально розташованої плаценти. Гострий інтранатальний дистрес плода. Гіпертонічна хвороба І ст..

2. Терміново виконати амніотомію з наступним накладенням акушерських щипців або вакуум-екстрактора.

Разом з розроджуючою акушерською операцією - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку.

У ІІІ періоді пологів - ручне відділення плаценти та видалення посліду.

Ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоду.

Тестові завдання:

1. Роділля 32-х років у І періоді пологів з переїмами середньої сили. Дана вагітність четверта, дві попередні закінчилися медичним абортom, третя - кесаревим розтином через передлежання плаценти. Раптом у роділлі з'явився сильний біль в животі, слабкість, артеріальний тиск знизився до 80/50 мм рт.ст. З піхви з'явилися помірні кров'яністі виділення. Серцебиття плода не прослуховується, дрібні частини визначаються ліворуч від середньої лінії живота. Родова діяльність припинилася. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Розрив матки, що здійснився

В. Загроза розриву матки. Дистрес плода

С. Відшарування нормально розташованої плаценти

Д. Клінічно вузький таз

Е. Дискоординована пологова діяльність

2. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів, з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'яністі виділення зі згустками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний

міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло у пологах?

- A. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**
- B. Повне передлежання плаценти
- C. Розрив шийки матки
- D. Розрив варикозного вузла у піхві
- E. Розрив тіла матки

3. Роділля доставлена в стаціонар із доношеною вагітністю та активною пологовою діяльністю. При госпіталізації стан задовільний, пульс - 84 уд/хв, АТ - 150/90 і 160/90 мм рт. ст. Раптово роділля покаржилася на сильний біль у животі, з'явилася загальна слабкість, запаморочення, обличчя і губи побіліли. Пульс- 120 уд/хв, АТ - 80/40 і 90/45 мм рт. ст. Матка напружена, різко болюча у місці розташування плаценти. Серцебиття плода не вислуховується. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 5 см. Плодовий міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз. З піхви з'явилися незначні кров'яністі виділення. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**
- B. Розрив матки
- C. Емболія навколоплідними водами
- D. Передлежання плаценти
- E. Міхурцевий занесок

4. Повторновагітна 25 років. У третьому періоді родів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність плаценти, що вросла в міометрій. Тактика лікаря.

- A. Лапаротомія, екстирпація матки**
- B. Інструментальне виділення посліду
- C. Вживання утеротонічних препаратів
- D. Переливання крові
- E. Профілактика післяпологового запалення матки

5. Повторновагітна. Кров'яністі виділення почались відразу після появи перейм. Серцебиття плода 100-110 уд у хв., глухе. Вагінальне дослідження: шийка матки

скорочена, відкрита до 4 см. На усьому протязі визначається плацентарна тканина.
Діагноз?

A. Центральне передлежання плаценти

B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

C. Загрожуючий розрив матки

D. Бокове передлежання плаценти

E. Крайове передлежання плаценти

Відповіді: 1-A, 2-A, 3-A, 4-A, 5-A

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

Оволодіти та удосконалити навички:

- огляду, зовнішнього акушерського дослідження;
- аускультції серцебиття плода;
- внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі);
- аналіз результатів клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- клінічно діагностувати передлежання плаценти і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- визначення ступеня передлежання плаценти в умовах, наближених до клінічних;
- складати й обґрунтовувати індивідуальний план розродження при передлежанні плаценти, при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти;
- диференціювати причини кровотеч під час вагітності;
- діагностувати патологічну кровотечу, визначати обсяг крововтрати;
- складати план відновлення ОЦК;
- діагностувати стадії геморагічного шоку, ДВЗ – синдрому;
- надати невідкладну лікарську допомогу вагітній з патологічною крововтратою.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

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

12. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
13. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
14. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові задачі:

1. У породіллі через 4 години після початку термінових пологів з'явилися скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у животі й незначні кров'яністі виділення з піхви. Вагітність V, 40 тижнів, пологи III. 2 тижні назад з'явилися набряки, АТ – 135/85, 140/90 мм. рт.ст. Білок у сечі – 0,33 г/л. При надходженні в стаціонар бліда, пульс 96 уд/хв., АТ – 100/70 мм. рт. ст. Матка напружена, при пальпації болісна у ділянці дна. Серцебиття плода не прослуховується. Набряки ніг. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття майже повне. Плодовий міхур цілий, напружений поза переям. Голівка плода малим сегментом на вході в малий таз. Виділення кров'яністі, темні з дрібними згустками крові.

1. Встановіть діагноз.

2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?

Відповідь:

1. Вагітність V, 40 тижнів. Пологи III, термінові, I період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Інтранатальна загибель плода. Прееклампсія легкого ступеня.
2. Амніотомія. Перфорація голівки плода. Краніоклазія (до розродження приступити терміново!). Гемотрансфузія і інфузійна терапія. При виявленні матки Кувелера - екстирпація матки без придатків.
2. Повторновагітна 34 років, у терміні вагітності 37 - 38 тижнів, надійшла до пологового будинка зі скаргами на нудоту, блювання, біль в епігастральній ділянці та правому

підребер'ї. З'явилися локальний біль у ділянці передньої стінки матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, жовтяниця шкірних покривів та видимих слизових оболонок. Рухи плода перестала відчувати. Із анамнезу: дана вагітність четверта, 2 медичних абортів у ранні терміни, 1 полог. При теперішній вагітності знаходиться на обліку ЖК з 12 тижнів вагітності. І триместр – без ускладнень, в 31 – 32 тижні проходила лікування в умовах стаціонару денного перебування з приводу легкої преєклампсії.

При пальпації печінка на 5 см нижче реберної дуги, різко болісна. Пульс – 80 уд. за 1 хв, АТ 90/60 мм.рт.ст, температура тіла – 36,8°C. Матка в гіпертонусі. Серцебиття плода під час аускультатії та на кардіомоніторі не визначається. Сеча бурого кольору близько 30,0 мл протягом 3 год. При внутрішньому акушерському обстеженні: піхва жінки, що народжувала, шийка матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена, за шкалою Бішопа 5 – 6 балів. Плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу малого тазу. Виділення кров'янисті, помірні. Мис крижів не досяжний, екзостозів не виявлено. При виконанні амніотомії вилилося близько 50 мл меконіально-геморагічних навколоплідних вод.

Лабораторне дослідження: гемолізована плазма, тромбоцити - 120×10^9 /л, лейкоцити $29,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 28 мм/год. Загальний білірубін – 280 мкмоль/л (прямий – 280 мкмоль/л). Різке збільшення амінотрансфераз (АсАТ – 269,4 МО/л, АлАТ– 198 МО/л).

1. Діагноз?

2. Акушерська тактика?

Відповідь:

1. Вагітність IV, 37 - 38 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Антенатальна загибель плода. HELLP – синдром.

2. Ургентний кесарський розтин у нижньому матковому сегменті з одночасним проведенням інтенсивної терапії HELLP – синдрому (еритроцитарна маса, свіжозаморожена плазма, кристалоїди, кріопреципітат, інгібітори протеаз, кортикостероїди, антибактеріальна терапія). При наявності матки Кувелера – екстирпація матки без додатків, при необхідності – перев'язування внутрішніх клубових артерій.

3. Вагітна М., 34 років, доставлена в пологовий будинок з приводу кровотечі з піхви, яка почалася раптово, безболісно. Термін вагітності 38 тижнів. В анамнезі штучний аборт, який ускладнився ендометритом. Загальний стан задовільний, пульс 89 уд/хв, ритмічний, АТ 110/70 мм.рт.ст, 115/70 мм.рт.ст. Матка в нормальному тонусі, безболісна, положення плоду косе, серцебиття плоду ясне, ритмічне 150 уд/хв. З піхви - кровотеча зі згортками крові. Крововтрата 500 мл. Внутрішнє акушерське дослідження (при розгорнутій

операційній): шийка матки вкорочена до 1,5 см, центрована, цервікальний канал розкритий до 2-х см, на всій площі внутрішнього вічка визначається м'яка, губчаста тканина. Під час дослідження кровотеча посилилась. Аналіз крові: Hb - 105 г/л, лейкоцити - $7,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 10 мм/год. Аналіз сечі: білок - 0,033 г/л, лейкоцити - 1-2 в полі зору. УЗД - в нижньому сегменті матки розташована плацента.

1. Діагноз?

2. Тактика ведення?

3. Яка класифікація анормального розташування плаценти?

4. Хто належить до групи ризику описаного ускладнення?

5. Від яких факторів залежить тактика лікаря при цій патології?

Відповідь:

1. Вагітність III, 38 тижнів. Косе положення плоду. Повне передлежання плаценти. Кровотеча. Гостра анемія легкого ступеня.
2. Термінове розродження шляхом операції кесарева розтину. Відновлення ОЦК. Профілактика ДВЗ-синдрому.
3. Повне передлежання, неповне передлежання (бічне, крайове), низьке прикріплення плаценти.
4. До групи ризику виникнення передлежання плаценти належать жінки, які перенесли: ендометрити з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрія; аборти, особливо ускладнені запальними процесами; доброякісні пухлини матки, особливо субмукозні міоматозні вузли; дію на ендометрій хімічних препаратів; жінки з гіпопластичною маткою.
5. При передлежанні плаценти тактика лікаря залежить від: обсягу крововтрати та інтенсивності кровотечі, стану жінки, виду передлежання плаценти, терміну вагітності.

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

Протоколи, стандарти, нормативні матеріали:

Наказ МОЗ України від 24.03.14 № 205 Клінічний протокол «Акушерські кровотечі».

Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 329 Клінічний протокол. Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології.

Відеоматеріал – учбові фільми «Фізіологія вагітності», «Фізіологічні пологи», «Балонна тампонада»

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

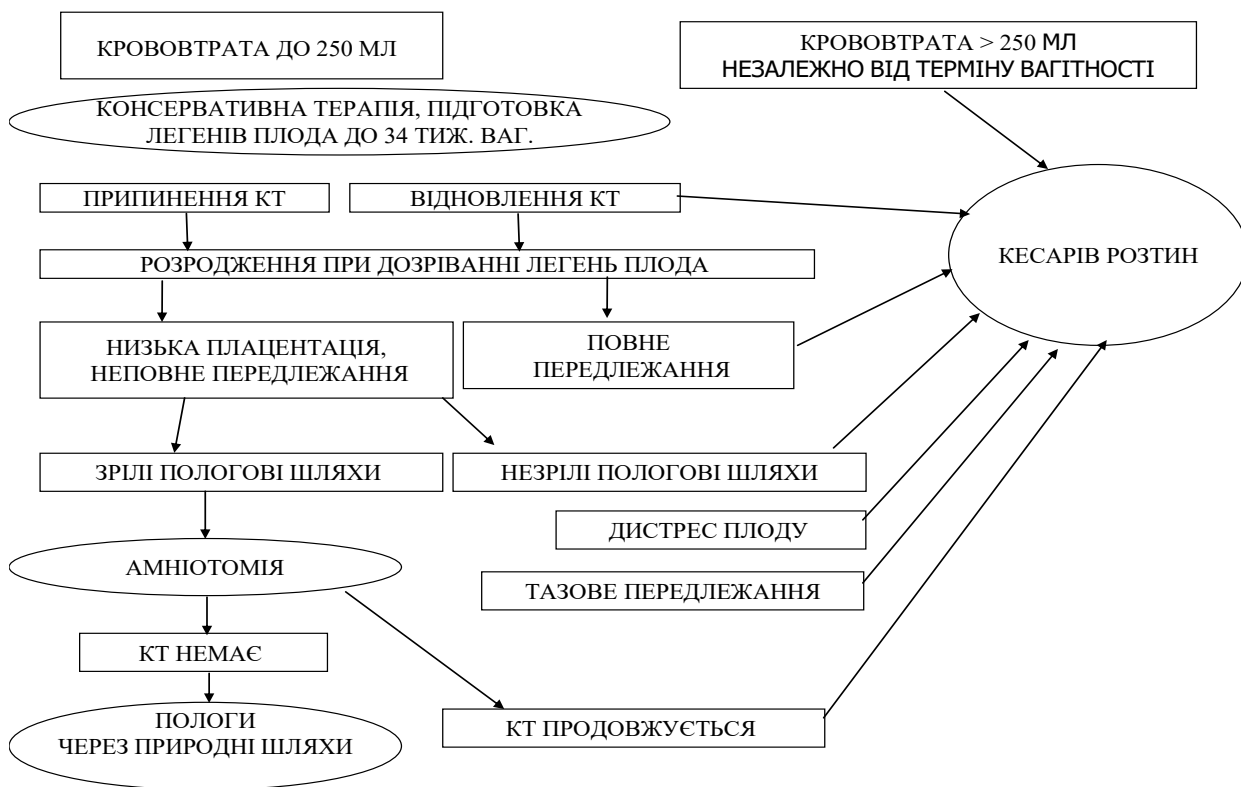
В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок, роділь та породіль.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо визначення положення плода в матці (повздовжнє, поперечне), визначення передлеглої частини плоду (потиличне, тазове передлежання), вислуховування серцебиття плоду, виконання операції ручного обстеження матки, операції ручного відділення плаценти і видалення посліду (на фантомі), надавання допомоги при гіпо- (атонічній) післяпологовій кровотечі (на фантомі).

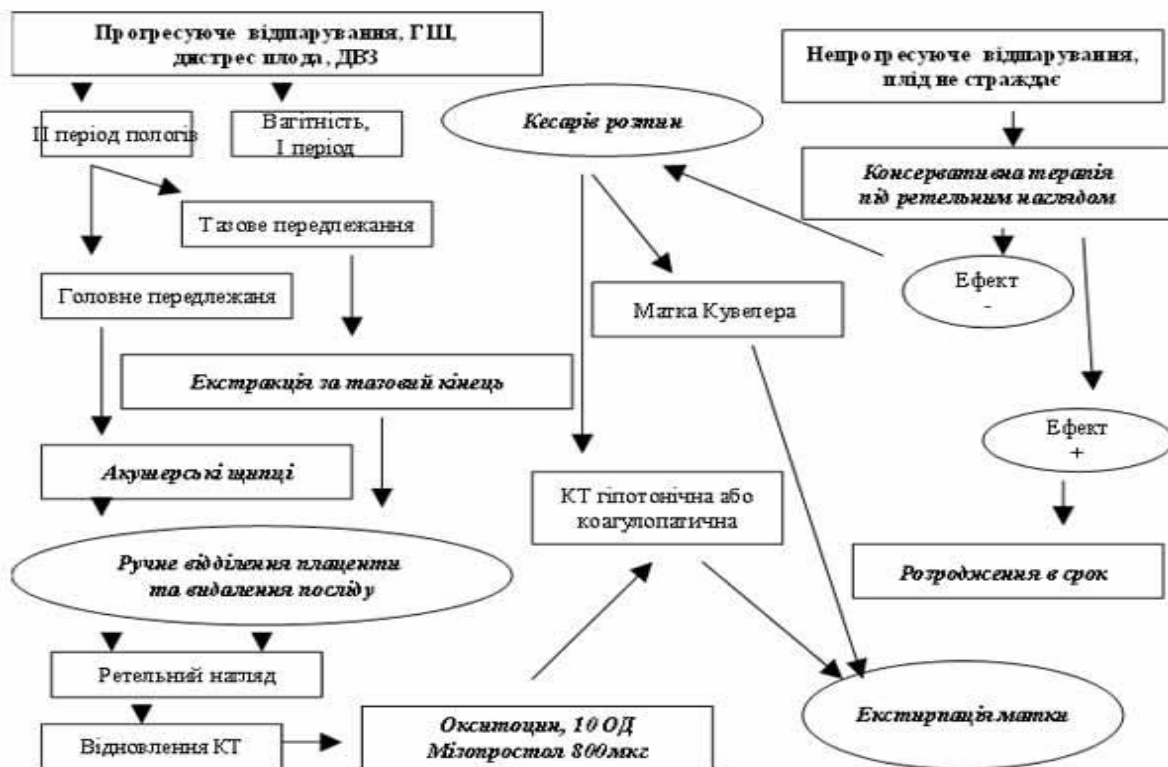
Обговорюється необхідність вміти проводити кардіотокографію, оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень та обсяг крововтрати при акушерських кровотечах.

Проводиться опанування оцінювання результатів КТГ, БПП, фетометрії, клініко-лабораторних досліджень при акушерських кровотечах, методів визначення величини крововтрати, алгоритмів дій лікаря при акушерських кровотечах.

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ



АЛГОРИТМ ДІЇ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ



Кроковий підхід у лікуванні післяпологових кровотеч

Крок 1 Первинна оцінка та терапія

Реанімація - катетеризація вени - киснева маска - моніторинг АТ, П, ЧД, діурезу - сечовий катетер - насичення крові киснем (Sat O₂)	Оцінка причини - обстеження матки (тонус) - обстеження пологових шляхів (травма) - перегляд анамнезу (тромбін) - обстеження кров'яних згустків	Лабораторні тести - група крові та резус-фактор - коагулограма - загальний аналіз крові
---	--	--

Крок 2 Цілеспрямована терапія

«Тонус» - зовнішній масаж - скорочуючі препарати	«Тканина» - ручне обстеження порожнини матки - кюретаж	«Травма» діагностика та відновлення травматичних ушкоджень	«Тромбін» - відновлення ОЦК - антикоагуляція - відновлення факторів згортання крові
--	--	---	--

Крок 3 Масивна післяпологова (або некерована) кровотеча

Надання допомоги: відділення інтенсивної терапії та реанімації	Місцеві заходи: - ручна компресія - підготовка до оперативного лікування	АТ та згортання крові: відновлення ОЦК
--	--	--

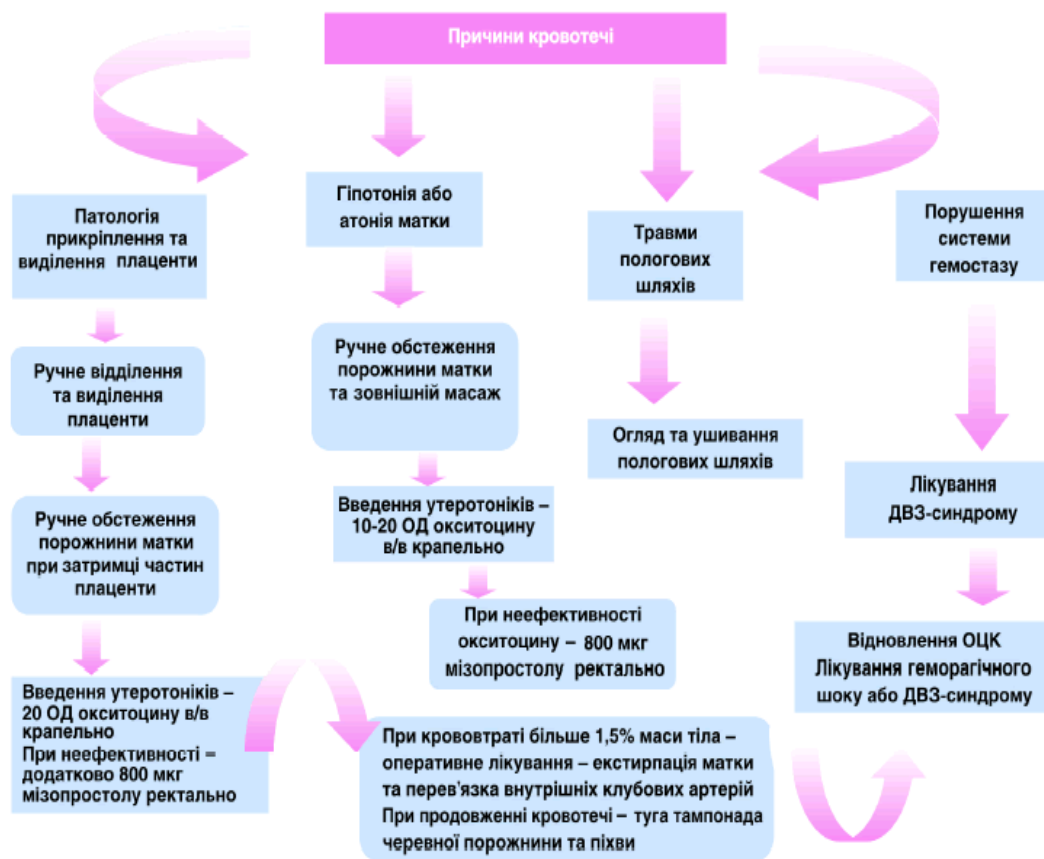
Крок 4 Хірургічне лікування

Екстирпація матки

Крок 5 Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травматичних ушкоджень	Тампонада черевної порожнини	Перев'язка внутрішніх клубових артерій
------------------------------------	------------------------------	--

Алгоритм надання допомоги при післяпологових кровотечах



Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V / 2 \times 15 \%$ (при крововтраті менше 1000 мл)
або $\times 30 \%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V - вага серветок, 15 % і 30 % - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}$

х гематокрит

24

Вихідний об'єм крові (мл/кг) =

$\times 100$

3. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати,
------------------------	------------	--------------------

		мл
1057- 1054	44-40	До 500
1053- 1050	38-32	1000
1049- 1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

4. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТс}}$$

Де ЧСС - частота серцевих скорочень АТс - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера = 1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9 - 1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою

5. Гематокритний метод Мооге

$$KB = \frac{O_{\text{ЦК}}(n) \times (Ht(n) - Ht(f))}{Ht(n)}$$

KB - крововтрата ОЦК (н) - нормальний ОЦК

Ht (н) - гематокрит у нормі (у жінок - 42)

Для модифікованої формули Мооге: можливе використання

$$KB = M \cdot 75 \cdot \frac{0,42 - Htф}{0,42}$$

Де: KB - крововтрата (мл); М - маса тіла вагітної (кг); Hтф - фактичний гематокрит хворої (л/л)

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

Засвоїти:

- топографічну анатомію і будову жіночих статевих органів;
- кровопостачання і інервацію жіночих статевих органів;
- особливості васкуляризації вагітної матки;
- фізіологічні механізми адаптації жіночого організму в різні терміни вагітності;
- структуру згортаючої та антизгортаючої систем,
- вплив вагітності на систему згортання крові;
- визначення групи крові і резус-фактора;

- методику переливання крові і кровозамінників;
- клінічні симптоми зовнішньої і внутрішньої кровотечі,
- вплив крововтрати на організми матері і плоду;
- клінічну картину стадій геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому;
- способи і методи визначення обсягу крововтрати;
- методи зупинки зовнішньої і внутрішньої кровотечі;
- обсяг оперативного втручання при масивних кровотечах

Оволодіти та удосконалити навички:

- огляду, зовнішнього акушерського дослідження;
- аускультатії серцебиття плода;
- внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі);
- аналіз результатів клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- клінічно діагностувати передлежання плаценти і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- визначення ступеня передлежання плаценти в умовах, наближених до клінічних;
- скласти й обґрунтувати індивідуальний план розродження при передлежанні плаценти, при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти;
- диференціювати причини кровотеч під час вагітності;
- діагностувати патологічну кровотечу, визначати обсяг крововтрати;
- скласти план відновлення ОЦК;
- діагностувати стадії геморагічного шоку, ДВЗ – синдрому;
- надати невідкладну лікарську допомогу вагітній з патологічною крововтратою.

Вміти:

- збирати анамнез;
- скласти план клініко-лабораторного обстеження вагітної при акушерських кровотечах;
- оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- виконувати операцію ручного обстеження матки, операцію ручного відділення плаценти і видалення посліду (на фантомі);
- надавати допомогу при гіпо- (атонічній) післяпологовій кровотечі (на фантомі).

Форми підготовки до занять:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- Презентація по темі заняття;
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки;

- Мультимедійна презентація;
- Просмотр відеофільма;
- Огляд сучасних джерел інформації

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

Нетипові задачі:

1. В пологовий будинок доставлена машиною швидкої допомоги першовагітна у терміні 36 тижнів зі скаргами на слабкість, запаморочення, болі в животі, кров'янисті виділення з піхви. Хворіє на гіпертонічну хворобу. Вагітність перебігала на тлі прееклампсії, з приводу чого лікувалась в стаціонарі. Загальний стан вагітної середнього ступеня тяжкості, шкірні покриви і видимі слизові бліді, пульс 100 уд/хв., ритмічний, слабкого наповнення і напруги. АТ 150/100 мм рт.ст., 160/100 мм рт.ст. Матка в підвищеному тонусі, болісність зліва біля дна. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 100 уд/хв., ритмічне, глухе.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите, через переднє склепіння піхви визначається голівка плода над площиною входу в малий таз, виділення кров'янисті помірні, темного кольору. Аналіз сечі: протеїнурія 2,5 г/л, циліндрурія. Аналіз крові: Нб - 90 г/л; Нт - 42%, тромбоцити 182×10^9 /л. УЗД - ретроплацентарна гематома 3×4 см зліва в ділянці дна матки.

1. Діагноз?
2. Тактика ведення?
3. Класифікація даної патології?
4. Хто належить до групи ризику по виникненню цього ускладнення вагітності?
5. Що може бути безпосередньою причиною цього стану?

Відповідь:

1. Вагітність I, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Прееклампсія тяжкого ступеня. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Гострий антенатальний дистрес плода. Гостра анемія легкого ступеня. Гіпертонічна хвороба.
2. Термінове розродження шляхом операції кесарева розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків. Комплексна терапія пізнього гестозу (лікувально-охоронний режим, гіпотензивна, магнезіальна та інфузійна терапія, профілактика ДВЗ - синдрому).
3. Повне відшарування, часткове відшарування (крайове, центральне).

4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології: гестоз; захворювання нирок; ізоімунний конфлікт між матір'ю і плодом; перерозтягнення матки внаслідок багатоводдя, багатопліддя, великого плода; цукровий діабет, захворювання сполучної тканини; запальні процеси матки, плаценти; аномалії розвитку або пухлини матки.

5. Безпосередньою причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти може бути: гіпертензія, фізична травма; психічна травма, раптове зменшення обсягу навколоплідних вод; абсолютно або відносно коротка пуповина; патологія скоротливої активності матки.

2. У породіллі В., 25 років, відбулись термінові пологи живою доношеною дівчинкою масою тіла 3450 гр., довжиною 50 см, без асфіксії. В анамнезі 1 пологи і 2 штучних аборта. Перший період пологів ускладнився первинною слабкістю пологової діяльності. Післяпологовий період перебігав без ускладнень. Через 10 хвилин після народження посліду почалась маткова кровотеча. Дно матки на 6 см вище пупка, матка м'яка, атонічна. При зовнішньому масажі матка скорочується, потім знову розслабляється з поновленням кровотечі зі згортками крові. Крововтрата склала 800 мл.

Аналіз крові: Нb - 89 г/л; L - $6,3 \times 10^9$ /л; ШОЕ 10 мм/год.

Аналіз сечі: білок - 0,033 г/л; L – 1-2 в полі зору.

1. Діагноз.

2. Тактика ведення.

3. Які причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч?

4. Які причини виникнення гіпотонії або атонії матки?

5. У чому полягає профілактика розвитку післяпологової кровотечі в пологах і в післяпологовому періоді?

Відповідь:

1. Ранній післяпологовий період. Первинна післяпологова кровотеча. Гіпотонія матки. Гостра анемія середнього ступеня.

2. Консервативний метод зупинки гіпотонічної кровотечі (катетеризація сечового міхура, зовнішній масаж матки, в/в введення утеротонічних засобів, ручне обстеження порожнини матки, бімануальна компресія матки). При відсутності ефекту - екстирпація матки без додатків, при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій. Відновлення ОЦК.

3. Причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч: гіпотонія або атонія матки; затримка частин плаценти або оболонок; травми пологових шляхів; коагулопатична кровотеча; розриви матки; емболія навколоплідними водами.

4. Причини виникнення гіпотонії або атонії матки:

- порушення функціональної здатності міометрія (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя);
- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрія (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, використання медикаментів, які знижують тонус міометрія);
- порушення скорочувальної функції міометрія внаслідок зміни біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестерази, прогестерон, простагландини);
- порушення процесів прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
- ідіопатичні (не встановлені).

5. Профілактика розвитку післяпологової кровотечі в пологах: знеболення пологів, раціональне ведення пологів, активне ведення третього періоду пологів, використання утеротонічних препаратів в третьому періоді пологів, рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок, профілактика травматизму під час пологів.

Профілактика розвитку післяпологового кровотечі після пологів: обстеження і огляд пологових шляхів, уважне спостереження протягом 2–х годин після пологів, вагітним групи ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 годин після пологів.

Тестові завдання

У роділлі 25 років після бурхливої пологової діяльності та потугах при високо стоячій голівці та позитивних ознаках Вастена, Цангемейстера раптово з'явився різкий біль внизу живота, пологова діяльність припинилась, з'явилися кров'яністі виділення з піхви, зникло серцебиття плода. Стан роділлі різко погіршився, АТ знизився до 70/40 мм.рт.ст., пульс 140 ударів в 1 хвилину, шкіра блідо-сіра. Причина шокового стану?

А. Розрив матки

В. Загроза розриву матки

С. Передчасне відшарування плаценти

Д. Синдром здавлення нижньої порожнистої вени

Е. Передлежання плаценти

7. У повторно вагітної, 25 років, з важкою формою інсулінозалежного діабету при терміні вагітності 32 тижні настуило повне передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Під час операції кесаревого розтину, встановлена наявність по лівому ребру матки, передній та задній стінках зліва масивних крововиливів. Матка має мармуровий вигляд синюшно-багрового кольору, в черевній порожнині до 200 мл геморагічної рідини. Яке ускладнення виникло внаслідок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?

- A. Матка Кувелера**
- B. ДВЗ-синдром
- C. Геморагічний шок
- D. Емболія навколоплодовими водами
- E. Гіпотонія матки

8. Роділлю прийнято на треті пологи в II періоді. Зріст - 172 см, маса - 67 кг. В анамнезі двоє нормальних пологів, три артіфіціальних аборти. Народила хлопчика вагою 3600,0г. Через 15 хвилин після народження плода розпочалася кровотеча, досягла 380 мл і не припиняється. Ознак відшарування плаценти немає. Яким буде діагноз?

- A. Пологи треті, термінові, кровотеча в III періоді пологів**
- B. Пологи треті, термінові, кровотеча в II періоді пологів
- C. Пологи треті, кровотеча в ранньому післяпологовому періоді
- D. Пологи треті, кровотеча в пізньому післяпологовому періоді
- E. Пологи треті, фізіологічний перебіг III періоду

9. У хворої 28-ми років проведено вишкрібання порожнини матки внаслідок неповного аборту. Крововтрата 900 мл. Розпочата геотрансфузія. Після введення 60 мл еритромаси з'явилися біль у поперековій ділянці, лихоманка, внаслідок чого геотрансфузія припинена. Через 20 хвилин стан різко погіршився: адинамія, різка блідість шкіри, акроціаноз, рясний піт, тривала лихоманка, t° -38, 5°C, Ps- 110/хв., АТ- 70/40 мм рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Геотрансфузійний шок**
- B. Геморагічний шок
- C. Септичний шок
- D. Анафілактичний шок
- E. ДВЗ-синдром

10. У жінки З. в 26 тижнів вагітності раптово з'явилися значні кров'яні виділення зі статевих шляхів. При УЗД виявлено центральне передлежання плаценти. Загальна крововтрата 500 мл, кровотеча продовжується. Яка тактика лікаря?

A. Проведення малого кесаревого розтину

B. Накласти шов на шийку матки

C. Призначити токолітики

D. Призначити гемостатики

E. Терміново перервати вагітність через природні пологові шляхи

Вірні відповіді: 6-A, 7-A, 8-A, 9-A, 10-A

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №23

ТЕМА: «ПІСЛЯПОЛОГОВІ СЕПТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ»

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

Основні поняття (перелік питань): Післяпологові септичні захворювання: післяпологова септична рана, післяпологовий метроендометрит, метрофлебїт, мастит, післяпологовий перитонїт, перитонїт після кесарева розтину. Акушерський сепсис: класифікація етіологія, патогенез, діагностика, сучасні принципи лікування, профілактика. Септичний шок, невідкладна допомога. Методи пригнічення лактації.

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

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

План:

Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо) *(у разі необхідності, якщо є специфічні вимоги до вхідних знань від здобувачів до відповідної теми).*

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.

- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

Післяпологові септичні захворювання:

Післяпологова септична рана,

Післяпологовий метроендометрит,

Метрофлебіт,

Мастит,

Післяпологовий перитоніт, перитоніт після кесарева розтину.

Акушерський сепсис: класифікація етіологія, патогенез, діагностика, сучасні принципи лікування, профілактика.

Септичний шок, невідкладна допомога.

Методи пригнічення лактації.

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

Питання:

12. Основні клінічні форми післяпологових септичних захворювань. Класифікація, етіологія, патогенез.
13. Клініка, діагностика, сучасні принципи лікування післяпологового метроендометриту, метрофлебиту, маститу.
14. Клініка, діагностика, сучасні принципи лікування післяпологового перитоніту, перитоніту після кесарева розтину.
15. Акушерський сепсис. Класифікація, клініка, діагностика, сучасні принципи лікування.
16. Септичний шок. Невідкладна допомога.
17. Методи профілактики септичних післяпологових ускладнень.

Типові задачі:

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

1. Вкажіть найбільш вірогідне післяпологове ускладнення.

Правильна відповідь: тромбофлебіт вен гомілки

2. У породіллі на 10 добу післяпологового періоду з'явилися скарги на пульсуючі болі в області лівої молочної залози. Температура тіла 38,3⁰С, пульс 98 уд/хв, озноб. Ліва молочна залоза напружена, у верхньому латеральному квадранті її пальпується ущільнення 3х4,5 см з виразною флюктуацією. Матка щільна, безболісна. Виділення із статевих шляхів серозні, мізерні.

1. Яка тактика ведення пацієнтки?

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

3. Породілля переведена у відділення обсервації на 5 добу післяпологового періоду. У пологах виконана епізіотомія. Скарги на нездужання, болі в області промежини. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2⁰С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

1. Яка тактика ведення пацієнтки?

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

4. Породілля на 5 добу пологів поскаржилася на болі в лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С. Патології з боку статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

1. Яка тактика лікаря?

Правильна відповідь: зціджування молока

5. Породілля 23 років, переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8⁰С. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 годин). Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰С, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

1. Який діагноз найбільш вірогідний?

Правильна відповідь: післяпологовий ендоміометрит

Тестові завдання

1. У породіллі 24-х років, на 5-ту добу після пологів раптово підвищилась температура

тіла. Скаржиться на слабкість, головний біль, біль внизу живота, дратівливість. Об'єктивно: АТ - 120/70 мм рт.ст., Рс - 92/хв., t° - 38, 7°C . Бімануально: матка збільшена до 12 тижнів вагітності, щільна, дещо болюча при пальпації, цервікальний канал пропускає 2 поперечні пальці, виділення помірні, мутні, з неприємним запахом. У крові: лейкоцитоз із зсувом вліво, лімфопенія, ШОЕ- 30 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Ендометрит

В. Параметрит

С. Пельвіоперитоніт

Д. Метрофлебіт

Е. Лохіометра

2. Хвора 20-ти років на десяту добу після виписки з пологового відділення звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C , біль у правій молочній залозі. Об'єктивно: молочна залоза збільшена, у верхньому зовнішньому квадранті відмічається ділянка гіперемії, там же пальпується ущільнення з нечіткими контурами, лактостаз, флюктуація відсутня. Лімфатичні вузли в правій пахвовій ямці збільшені, болючі. Який найбільш імовірний діа-гноз?

А. Лактаційний мастит

В. Абсцес

С. Бешиха

Д. Дерматит

Е. Пухлина

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

А. Лактаційний мастит

В. Кіста лівої молочної залози з нагноєнням

С. Фібroadенома лівої молочної залози

Д. Рак молочної залози

Е. Флегмона молочної залози

4. До гінеколога на 20-у добу післяпологового періоду звернулася жінка зі скаргами на біль в лівій молочній залозі, гнійні виділення з соска. Об'єктивно: Рс - 120/хв., температура тіла 39°C . Ліва молочна залоза болісна, більша за праву, шкіра її гіперемована; у верхньому квадранті - інфільтрат 10x15 см із розм'якшенням всередині. В

крові: ШЗЕ-50 мм/год, лейкоц.- 15, 0 · 10⁹/л. Якою буде тактика лікаря?

A. Госпіталізувати до гінекологічного відділення

B. Направити до гінекологічного відділення

C. Направити у післяпологове відділення

D. Направити до хірурга поліклініки для консервативного лікування

E. Розітнути абсцес молочної залози в жіночій консультації

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

A. Антибактеріальна терапія

B. Інструментальна ревізія порожнини матки

C. Гемостатична терапія

D. Скорочуючі засоби

E. Внутрішньоматкова інстиляція діоксидину

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

Оволодіти та удосконалити навички :

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

складання плану лікування породіль з інфекційними післяпологовими захворюваннями

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали

1. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

2. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"

Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);

Інтерактивне завдання

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення вагітної.

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

Нетипові задачі

1. Породілля переведена у відділення обсервації на 5 добу післяпологового періоду. У пологах виконана епізіотомія. Скарги на нездужання, болі в області промежини. Краї епізіотомної рани покриті гнійним нальотом, гіперемовані. Температура тіла 37,2⁰С, пульс 88 уд/хв. Молочні залози м'які. Матка щільна, дно на 6 см вище лона. Лохії серозно-кров'яні, помірні.

1. Встановіть діагноз
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь:

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

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

2. Породілля на 5 добу пологів поскаржилася на болі в лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39⁰С. Патології з боку статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза щільна, болісна при пальпації.

1. Встановіть діагноз
2. Яка тактика ведення пацієнтки?

Діагноз: П'ята доба післяпологового періоду. Лактостаз.

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

Тестові завдання

1. У породіллі через 3 тижні після пологів підвищилася температура тіла до 38⁰С, з'явилися остуда, слабкість та біль в лівій молочній залозі. Молочна залоза збільшена, нагубла, болюча при пальпації; розм'якшення та флуктуації в ділянці інфільтрату немає.

В крові - помірний лейкоцитоз. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Серозний мастит

B. Лактостаз

C. Абсцедивний мастит

D. Мастопатія

E. Гангренозний мастит

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

A. Хірургічне лікування

B. Антибактеріальна терапія

C. Припинення лактації

D. Динамічне спостереження

E. Фізіотерапевтичне лікування

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

A. Інфільтративний мастит

B. Гнійний мастит

C. Флегмонозний мастит

D. Гангренозний мастит

E. Лактостаз

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

A. Післяабортний метроендометрит

B. Гематометра

C. Пельвіоперитоніт

D. Перфорація матки після аборт

E. Параметрит

5. Жінка 25-ти років скаржиться на підвищення температури до 39°C, гноєподібні

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

А. Гострий ендоміометрит

В. Гострий аднексит

С. Гострий апендицит

Д. Перекрут кісти яєчника

Е. Апоплексія яєчника

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

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ СЕПСИС, ТЯЖКИЙ СЕПСИС, СЕПТИЧНИЙ ШОК

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom -SIRS)

Системна запальна відповідь на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка маніфестується двома чи більше наступними проявами:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Ра CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше 10% юних форм.

Сепсис

Системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв.;
- 3) частота дихання понад 20 за хвилину або Ра CO₂ нижче 32 мм рт.ст.;
- 4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше 10% юних форм.

Тяжкий сепсис/SIRS

Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіпоперфузією або гіпотензією.

Гіпоперфузія і перфузійні порушення можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії.

Септичний шок (SIRS – шок)

Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу.

Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіпоперфузійних порушень та дисфункції органів, які відносять до проявів септичного шоку.

Орієнтована карта для самостійної підготовки здобувача вищої освіти з використанням літератури

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Вивчити: Види післяпологових інфекційних захворювань	Перерахувати існуючі післяпологові інфекційні захворювання	<i>085 Післяпологовий сепсис</i> Післяпологовий (а) - ендометрит; - лихоманка; - перитоніт; - септицемія. <i>086.0 Інфекція хірургічної акушерської рани</i> Інфікована (ий) - рана кесарського розтину після пологів - шов промежини <i>086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів</i> цервіцит } після пологів вагініт } <i>087.0 Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді</i> <i>087.1. Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді</i> Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.
2.	Основні збудники акушерських септичних ускладнень	Назвати основні збудники акушерських септичних ускладнень	Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікробів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. В останнє десятиліття також певну роль у цих асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін. Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Встановлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних й інфікуванням навколоплідних вод, ускладненнями вагітності (хоріонамніонитом, передчасними пологамі, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями). Незважаючи на велику розмаїтість збудників у

			більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні: - грампозитивні мікроорганізми (25%). Staphylococcus aureus - 35%, Enterococcus spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, Streptococcus pneumoniae - 10%, і на інші грампозитивні - 20%. - грамнегативні мікроорганізми (25%). Escherichia coli - 25%, Klebsiella/Citrobacter - 20%, Pseudomonas aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, та інші - 25%. - гриби роду Candida - 3% - анаеробна флора - при спеціальних методах дослідження 20% - невстановлена флора - в 25% випадків.
3.	Стадії ССЗВ	Назвати стадії ССЗВ	Виділяють три стадії розвитку ССЗВ (Bone R.S., 1996): 1-я стадія – <i>локальної продукції цитокінів</i> – у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани. 2-я стадія – <i>викид малої кількості цитокінів у системний кровоток</i> – контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу. 3-я стадія – <i>генералізованої запальної реакції</i> – кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками. Генералізована запальна реакція (синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис. Класифікація сепсису представлена у відповідному розділі.
4.	Фактори ризику післяпологової інфекції	Перерахувати фактори ризику щодо виникнення післяпологової інфекції	Можливими джерелами післяпологової інфекції (факторами ризику), які можуть існувати і до вагітності, виявляються: - інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії; - інфікування епідуральних оболонок; - тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен;

			- інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит); - септичний ендокардит; - апендицит й інші хірургічні інфекції. <i>До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень відносяться:</i> 1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень. 2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніониту. 3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо). 4. Інфекції репродуктивного тракту. 5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною. <i>Причинами генералізації інфекції можуть бути:</i> - неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання; - неправильний вибір обсягу й компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії; - знижена або змінена імунореактивність макроорганізму; - наявність важкої супутньої патології; - наявність антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів; - відсутність проведення якого-небудь лікування.
--	--	--	---

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

Засвоїти :

- здобувач вищої освіти повинен знати основні збудники акушерських септичних захворювань;
- фактори, що обумовлюють/сприяють виникненню септичних післяпологових ускладнень;

- стадії розвитку системної запальної відповіді;
- клінічні ознаки та принципи лікування інфікованої післяпологової рани;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування ендометриту;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування акушерського перитоніту;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування лактаційного маститу;
- клінічні ознаки, діагностичні критерії та принципи лікування післяпологових тромботичних ускладнень

Вміти :

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

Нетипові задачі

1. Породілля 23 років, переведена у відділення обсервації на 5 добу після пологів у зв'язку з підвищенням температури до 38,8⁰С. Пологи ускладнилися тривалим безводним періодом (19 годин). Об'єктивно: температура тіла 38,8⁰С, озноб, пульс 100 уд/хв. Живіт болісний в гіпогастрії. Дно матки на 4 см нижче пупка. При вагінальному дослідженні: матка збільшена до 18 тижнів вагітності, м'яка, болісна. Виділення з неприємним запахом.

1. Який діагноз найбільш вірогідний?
2. Основні клінічні ознаки даної патології?
3. Тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь:

1. П'ята доба післяпологового періоду. Післяпологовий ендоміометрит
2. Гіпертермія, симптоми інтоксикації, болі в гіпогастрії, патологічні виділення з матки (з неприємним запахом, мутні, гнійні), матка помірно болісна при пальпації, субінволюція матки.
3. Антибіотикотерапія (2 антибіотика+метронідазол 7-10 днів), інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, протоково-промивне дренування порожнини матки, за неефективності- лапаротомія, екстирпація матки з матковими трубами, дренування черевної порожнини.

Тестові завдання

1. Через 2 тижні після пологів у породіллі з'явилися болі в молочній залозі, що наростали

впродовж 3-х днів. Об'єктивно: температура тіла 39°C , озноб, слабкість, гіперемія шкіри, збільшення, болючість та деформація молочної залози. При пальпації інфільтрату визначається ділянка розм'якшення та флюктуації. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Інфільтративно-гнійний мастит

B. Флегмонозний мастит

C. Лактостаз

D. Серозний мастит

E. Мастопатія

2. У породіллі 23-х років на десяту добу після пологів загальний стан погіршився: з'явився озноб, біль у правій молочній залозі, температура тіла підвищилась до 39°C . Об'єктивно: права молочна залоза дещо збільшена, в верхньо-зовнішньому квадранті пальпується болісний щільний інфільтрат розмірами 5×7 см з ділянкою розм'якшення в центрі, шкіра над ним гіперемована з синюшним відтінком. Пахвові лімфатичні вузли справа збільшені, болісні під час пальпації. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гнійний мастит

B. Лактостаз

C. Серозний мастит

D. Фібroadенома молочної залози

E. Рак молочної залози

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

A. Гнійний мастит

B. Лактостаз

C. Фіброзно-кістозна мастопатія

D. Мастопатія

E. Кіста правої молочної залози

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

припустити?

A. Післяабортний метроендометрит

B. Післяабортний параметрит

C. Післяабортний перитоніт

D. Післяабортний тромбофлебіт

E. Післяабортна субінволюція матки

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

A. Лактаційний мастит, інфільтративна форма

B. Лактостаз

C. Флегмонозний мастит

D. Гангренозний мастит

E. Ретромаммарний абсцес

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

A. Лактостаз

B. Флегмонозний мастит

C. Гнійний мастит

D. Серозний мастит

E. Гангренозний мастит

7. На 4 добу після кесаревого розтину в зв'язку зі слабкістю родової діяльності та довготривалим безводним періодом наступило значне погіршення стану. Скарги на слабкість, головокружіння, болі в животі. Була блювота та діарея. Об'єктивно: $t-39^{\circ}\text{C}$, P_s 120 уд./хв, АТ 115/60 мм.рт.ст. Бліда, язик сухий, обкладений, живіт здутий, при пальпації болючий у всіх відділах. Відмічається позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Перистальтика не вислуховується. Матка на рівні пупка, тістовидної консистенції,

болюча. Виділення гнійно-кров'янисті, значні, із запахом. Вкажіть, яке з ускладнень наступило в післяопераційному періоді.

А. Розлитий перитоніт

В. Непрохідність кишечника

С. Метроендометрит

Д. Розходження швів на матці

Е. Сепсис

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

А. Післяпологовий гострий ендометрит

В. Післяпологовий тромбофлебіт

С. Післяпологовий аднексит

Д. Післяпологовий параметрит

Е. Післяпологовий пельвіоперитоніт

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

А. Антибіотикотерапія, іммобілізація й зціджування молочної залози

В. Компрес на молочні залози

С. Пригнічення лактації

Д. Фізіотерапевтичне лікування

Е. Розкриття абсцесу й дренивання молочної залози

10. Породілля на 3-тю добу після кесаревого розтину раптово знепритомніла. Напередодні відзначала біль в епігастральній області та нижніх відділах живота, кінцівках, ділянці попереку, грудної клітини, головний біль. Спостерігався підйом температури тіла до

39,3C, який супроводжувався повторними ознобами, АТ 90/60 мм рт ст., тахікардія до 120 уд/хв., частота подиху до 30 за хв., шкірні покриви бліді, вкриті липким холодним потом. Була блювота “кавовою гущею”. Погодинний діурез складає 30 мл. Попередній діагноз?

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

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

IV. Підсумкове оцінювання за критеріями знань, умінь, навиків.

Методи контролю і критерії оцінювання результатів навчання

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

Підсумковий контроль: диференційний залік

Оцінювання поточної діяльності на практичному занятті:

- Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
- Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:
 - методи: комунікативні навички спілкування з пацієнтом та його близькими; правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; обґрунтування клінічного діагнозу; складання плану лікування
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2

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

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

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

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. .- К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куша). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.
4. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Дopusчено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини. — К., 2020. — 376 с.
5. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А.

Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

6. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. — Суми: Сумський державний університет, 2018. — 223 с.

Додаткова:

1. Передчасні пологи: прогнозування, профілактика та шляхи покращення перинатальних наслідків: метод. Рекомендації / Ніточко К.О., Манасова Г.С., Шпак І.В., Железов Д.М.. - Одеса. – 2023. – 58 с.

2. Передчасні пологи: навч. посібник / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. — Тернопіль: Крок, 2023. — 186 с.

3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. — Суми: Університет. Книга, 2018. — 240 с.

4. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. — 444 с.

5. Prevention of purulent-septic complications during laparoscopic surgeries on pelvic organs with the risk of vaginal microbiota contamination / Zaporozhan V.N., Gladchuk I.Z., Rozhkovska N.M., Volyanska A.G., Shevchenko O.I. // World of Medicine and Biology.-2020- №1(71). - P.49- 53. (*Web of science*)

6. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"

7. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»"

8. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

9. Наказ МОЗ України від 25.08.2023 № 1533 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок»"

10. Наказ МОЗ України від 24.01.2022 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»"

11. Наказ МОЗ України від 18.05.2023 № 928 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Запальні захворювання органів малого таза»"
12. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"
13. Наказ МОЗ України від 17.05.2022 № 822 "Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»"
14. Наказ МОЗ України від 15.12.2022 № 2264 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Аномальні вагінальні виділення»"
15. Наказ МОЗ України від 24.09.2022 № 1730 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність»"
16. Наказ МОЗ України від 04.08.2023 № 1401 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги "Медичний аборт (I триместр вагітності)"
17. Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції"
18. Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"
19. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
20. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wolters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal

College of Obstetricians & Gynaecologists

9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org- General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я