

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Критерії фізіологічного перебігу вагітності. Прогнозування ризику перинатальної та материнської патології (код курсу 4.1.)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною учбової програми курсу акушерства та гінекології студентів вищих навчальних закладів. Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу лікування та профілактики гінекологічних захворювань, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття повинен знати:

1. Зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної.
2. Ознаки вагітності.
3. Схему обстеження вагітної.
4. Принципи визначення терміну вагітності, дати пологів.
5. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.

Завдяки проведеному заняттю повинен вміти:

1. Визначити термін вагітності.
2. Визначати дату вагітності.
3. Вимірювати розміри тазу.
4. Визначати висоту стояння дна матки.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування змін в організмі жінки при фізіологічній вагітності.	
2. Фізіологія	Характеристика фізіологічних змін при нормальній фізіологічній вагітності.	Визначати термін вагітності при нормальній фізіологічній вагітності.
<i>Наступні:</i>		
1. Гінекологія	Особливості формування змін в організмі жінки при нормальній фізіологічній вагітності.	Давати оцінку динаміці одужання при пухлинних процесах яєчників та запальних захворюваннях статевих органів у дівчаток.

V. Зміст теми семінарського заняття

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини.

Перший візит вагітної (бажано до 12 тижнів) є найбільш тривалим за часом і

передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма №111/о та Обмінна карта - форма № 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою, інформаційної згоди.

Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.

Після першого візиту фахівець, який спостерігає вагітну, обов'язково отримує інформацію від лікаря загальної практики – сімейної медицини /дільничного терапевта про стан здоров'я вагітної. У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики – сімейної медицини він заповнює цей додаток сам.

Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста.

Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають направленню на медико-генетичне консультування.

Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології повинні бути проінформовані лікарем загальної практики-сімейної медицини лікарем/ лікарем-акушером-гінекологом/фельдшером/акушеркою, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення ультразвукової діагностики (далі-УЗД) (11 -13 тиж., 18-21 тиж. вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (хоріонічного гонадотропіну (далі-ХГ), плацентарного білка РАРР (далі-РАРР) та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології.

При виявленні ознак наявності у плода вродженої чи спадкової патології вагітна скеровується на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності і пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консиліум за участю лікаря акушера-гінеколога. Ультразвукове дослідження плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою протоколу.

Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносять в «Індивідуальну карту вагітної і породіллі» та «Обмінну карту» із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована - згодна/незгодна»).

У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім – дев'ять разів (бажано разом з близькою людиною).

При виникненні ускладнень перебігу вагітності, якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини/фельдшером/акушеркою, вона негайно передається під нагляд лікаря- акушера-гінеколога. Частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. Показання до додаткового візиту повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі) вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару або у гінекологічне відділення (у терміні до 22 тиж.), або у денний стаціонар.

За необхідністю лікування екстрагенітальної патології вагітна госпіталізується до 22 тижнів вагітності у терапевтичне відділення або у відділення за профілем захворювання або у відділення екстрагенітальної патології вагітних.

При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами" (Накази МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», та від 18.03.2002 р. № 93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами

жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»). При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами вагітну оглядають два лікарі (бажано з завідуючою жіночої консультації).

В амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини/жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в «Школі відповідального батьківства». Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною.

При неявці вагітної на запланований огляд, причина з'ясовується за вказаним контактним телефоном. У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар/фельдшер/акушерка, які спостерігають за вагітною, повинні інформувати завідуючого жіночою консультацією та керівника, якому підпорядкований ЛПЗ з відміткою в медичній документації. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар має письмово інформувати працівників соціальної служби.

При фізіологічному перебігу вагітності якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини або фельдшером/акушеркою її необхідно скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога у терміні 19-21 і 30 тижнів вагітності.

При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю загальної практики-сімейної медицини/лікарю акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці фельдшерсько-акушерського пункту необхідно дотримуватись плану ведення вагітних (графіку візитів).

Рекомендації лікарю загальної практики-сімейної медицини

При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають консультації акушера-гінеколога:

- анемія вагітних середнього та важкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень;

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД
- Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону
- Блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонуриєю
- Періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Кров'яністі виділення із піхви

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичні тягнучі болі унизу живота.
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водяністі) або кров'яністі виділення із піхви

- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)

СТАНИ, ЯКІ ВИМАГАЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичні тягнучі болі унизу живота
- Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота
- Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви
- Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв.
- Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)
- Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ
- Неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- Поява або прогресування змін на очному дні.

ПОКАЗАННЯ ДО НЕГАЙНОЇ ГОСПІТАЛІЗЦІЇ

- кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- відходження навколоплодових вод;
- підвищення температури тіла вище 38;
- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100·10⁹/л);
- будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих

функцій;

Пренатальна діагностика має винятково важливе значення при медико-генетичному консультуванні, оскільки вона дозволяє перейти від вірогідного до однозначного прогнозування здоров'я дитини в родинах з **генетичним** обтяженням. У даний час пренатальна діагностика здійснюється в І і ІІ триместрах вагітності, тобто в періоди, коли у випадку виявлення патології ще можна перервати вагітність. На сьогодні можлива діагностика практично всіх **хромосомних синдромів** і близько 100 **спадкових хвороб**, біохімічний дефект при яких встановлений вірогідно.

При **організації і розвитку системи пренатальної діагностики** повинні виконуватися наступні умови:

1. Діагностичні процедури повинні бути безпечні для здоров'я матері і плоду.
2. Частота ускладнень вагітності після пренатальної діагностики не повинна помітно підвищуватися зі спонтанним рівнем, тобто процедура не повинна підвищувати

ймовірність втрати плоду відразу чи після її проведення у віддалений період.

3. Лікарі, що володіють технікою пренатальної діагностики, повинні знати ймовірність постановки псевд-позитивних чи псевдонегативних діагнозів, іншими словами, повинні добре знати обмеження методу.

4. Пренатальна діагностика повинна включати два етапи:

перший етап - виявлення жінок (точніше, родин) з підвищеним ризиком несприятливого в генетичному плані результату вагітності при медикогенетичному консультуванні чи первинному обстеженні усіх вагітних, у тому числі з використанням методів просіваючої діагностики;

другий етап - власне пренатальна діагностика. Аналізи проводяться тільки жінкам, що мають фактори ризику.

5. Група фахівців з пренатальної діагностики (акушер-гінеколог, лікар-генетик, лікар-лаборант-генетик) повинні знати діагностичні обмеження методу не взагалі, а в їхній власній лабораторії.

6. Група фахівців повинна суворо дотримуватися стандартів для процедур і лабораторних аналізів, здійснювати поточний контроль якості роботи, а також мати статистику завершення вагітностей і розбіжностей діагнозів (контроль після абортів чи після народження).

Показання для пренатальної діагностики:

1. Вік матері визначений у 35 років.

2. Наявність у родині попередньої дитини з хромосомною патологією, у тому числі із **синдромом Дауна** (попередній анеусомік).

3. Перебудови батьківських **хромосом**.

4. Наявність у родині захворювань, **успадковуваних зчеплено зі статтю**.

5. Синдром фрагільної **X-хромосоми**.

6. Гемоглобінопатії.

7. Природжені помилки метаболізму.

8. Різні спадкові захворювання, що діагностуються методом зчеплення з **ДНК**-маркерами.

9. Дефекти нервової трубки.

10. Інші показання для цитогенетичної пренатальної діагностики.

Пренатальна діагностика (лат. *prae* — попереду, перед + *natus* — народження) — діагностичні процедури, що використовуються в ході обстеження вагітної для виявлення генетичних чи яких-небудь інших аномалій розвитку плоду. Існують різні види П.д. Інвазивні методи припускають медичне «вторгнення» у порожнину матки. При цьому забираються для досліджень зразки навколоплідних вод, хоріона чи плаценти, кров з пуповини плоду. До такого роду заходів належать **біопсія хоріона**, **амніоцентез**, **плацентоцентез** і **кордоцентез**. Існують також і неінвазивні методи. При їх проведенні порожнина матки не зачіпається. Для дослідження використовують кров вагітної (**скринінг материнських сироваткових факторів**), мазки зі статевих шляхів, а також проводять **ультразвукове сканування** плоду, оболонки і плаценти. Питання про інвазивну діагностику вирішується індивідуально, тоді як нешкідливі неінвазивні дослідження бажано робити у всіх вагітних.

Біопсія хоріона є інвазивним методом П.д. Суть методу полягає в дослідженні хоріональної тканини. Біопсія хоріона дає можливість визначати наявність геномних і хромосомних хвороб у плода. Результати одержують протягом 3–4 днів після взяття матеріалу. При наявності молекулярно-генетичної лабораторії можлива діагностика генних хвороб. Одночасно можна визначити і стать плоду. Процедура займає небагато часу і проводиться в амбулаторних умовах. Біопсію хоріона проводять на 10–11-й тиждень вагітності. Саме в цей період відзначається достатня результативність і безпека методу. Після проведення цієї процедури можливі ускладнення: ризик викидня (2–7% за матеріалами різних клінік), ризик інфікування плоду (низький), ризик кровотечі у жінки (низький). Крім того, можливі випадкові ушкодження плоду, несприятливий вплив

при резус-конфлікті між матір'ю і плодом, тривалий вплив ультразвуку на плід. Іноді з деяких технічних причин не вдається провести аналіз зразків тканини. Тому біопсія хоріона призначається лише в тому випадку, коли ризик тяжкої хвороби плода зрівнюється з ризиком викидня після біопсії. Головне достоїнство біопсії хоріона полягає в тому, що діагноз тяжкої хвороби плода можна установити в період до 12-го тижня вагітності. На цьому терміні переривання вагітності відбувається з меншою кількістю ускладнень для жінки.

Амніоцентез є інвазивним методом дородової діагностики. При проведенні амніоцентезу під контролем ультразвукового апарата набирають навколоплідну рідину. У лабораторії можна досліджувати як саму рідину (її хімічний склад), так і клітини плоду, що в ній знаходяться, тому можливості амніоцентезу трохи більші, ніж біопсії хоріона. Крім діагностики хромосомних і геномних хвороб, можливі також: визначення ступеня зрілості легень плоду, визначення кисневого голодування плоду, визначення ступеня резус-конфлікту між матір'ю і плодом, більш ефективна діагностика спадкових хвороб обміну речовин, діагностика пороків розвитку (напр. дефектів закриття нервової трубки). Оскільки клітин плоду в забраному зразку дуже мало, для достатньої їх кількості може знадобитися 2–6 тиж культивування в спеціальних умовах, тому результати дослідження можуть бути отримані в середньому до 20–22-го тижня. Якщо діагноз підтверджується, то переривання вагітності на такому терміні супроводжується більшою кількістю ускладнень, ніж, напр., на 12-му тижні. Ризик утрати плоду після проведення амніоцентезу трохи менший, ніж при біопсії хоріона. Цей ризик усього на 0,5–1% вище, ніж у вагітних, котрим амніоцентез не проводився взагалі. Небажаним моментом є тривалий вплив ультразвуку на плід. Трохи підвищується ризик народження дитини з низькою масою тіла і зовсім слабкий (<1%) ризик дихальних розладів у новонароджених. Амніоцентез звичайно проводять на 15–16-й тиждень вагітності.

Плацентоцентез і *кордоцентез* — різновиди інвазивної дородової діагностики. Техніка їх проведення універсальна: під контролем ультразвукового апарата відбувається взяття зразка плаценти (при плацентоцентезі) чи пуповинної крові плоду (при кордоцентезі). Плацентоцентез проводять в II триместр вагітності, як і амніоцентез. Кордоцентез частіше виконують після 20-го тижня вагітності. Обидві процедури зарекомендували себе як досить безпечні для жінки і плоду. Дослідження виконуються під наркозом, амбулаторно чи з короткочасною госпіталізацією. Діагностичні можливості кордоцентезу трохи більші, ніж плацентоцентезу. Обидва методи дозволяють діагностувати хвороби, пов'язані зі зміною кількості та якості хромосом, а при наявності молекулярно-генетичної лабораторії — і багато генних хвороб. Ускладнення після плацентоцентезу і кордоцентезу бувають дуже рідко. Недоліком же є великий термін вагітності, на якому ці дослідження проводяться.

Скринінг материнських сироваткових факторів (СМСФ) належить до неінвазивних методів П.д. деяких тяжких захворювань плоду. Його часто називають «потрійним» тестом, оскільки при його проведенні досліджується вміст у крові вагітної трьох речовин: альфа-фетопротеїну, хоріонічного гонадотропіну і некон'югованого естріолу. У разі, коли в плоді є деякі важкі вади розвитку, що призводять до смерті чи інвалідності (черепно-мозкові або спинномозкові грижі, що називаються дефектами закриття нервової трубки, а також незрощення передньої черевної стінки і т.д.), аналіз показує значне підвищення рівня альфа-фетопротеїну у крові матері. При синдромі Дауна в плода рівень альфа-фетопротеїну у крові матері дуже знижується. Певну допомогу в діагностиці синдрому Дауна надає визначення в крові жінки рівня двох інших речовин — хоріонічного гонадотропіну і некон'югованого естріолу. За наявності хвороби в плода вони також відхиляються від нормальних значень.

УЗД — це також один зі способів оцінити стан плоду без вторгнення в порожнину матки, тобто неінвазивно. Тому УЗД можна вважати методом П.д. При проведенні цього дослідження на поверхню живота вагітної встановлюється спеціальний датчик,

що випускає звукові хвилі високої частоти. Після досягнення тканин плоду ці хвилі відбиваються й уловлюються датчиком знову. Комп'ютерна обробка цих хвиль і формує зображення на екрані монітора. Зображення називається сонограмою. Іноді використовують датчик, що вводиться в піхву жінки (частіше — на ранніх термінах вагітності). За допомогою УЗД можна визначити: є вагітність матковою або позаматковою, скільки плодів знаходиться в матці, який вік плоду (термін вагітності) і чи є відставання в його розвитку, видимі дефекти (вади розвитку), яка частина плоду передлежить до виходу з таза жінки, який характер серцебиття плода, його стать, де розташовується плацента і який її стан, який стан навколоплідних вод, чи є порушення кровотоку в судинах плаценти, чи є загроза викидня тощо. Стандартні ультразвукові дослідження проводять у різний термін вагітності. Обов'язкове ультразвукове дослідження плода повинна пройти кожна жінка на 15–18-му тижні вагітності. Якщо виникає підозра на будь-який дефект розвитку в плоду, робиться повторне УЗД на 22–23-му тижні. В окремих випадках виникає потреба в додаткових дослідженнях.

В останній час з'явилася можливість стежити за розвитком ембріона ще до моменту імплантації зародка в матці матері (передімплантаційна діагностика). Для цього в жінки беруться кілька яйцеклітин, одна з яких штучно запліднюється поза організмом майбутньої матері. Через 3 дні після запліднення з 6–8 клітин ембріона беруть 1 чи 2 клітини; або через 5–6 днів після запліднення в ембріона береться на аналіз зразок тканини, що до цього часу досягає стадії бластоцисти. Окремі клітини можуть потім бути піддані генетичному аналізу з використанням ланцюгової полімеразної реакції, що стимулює вироблення достатньої кількості молекул ДНК для проведення такого аналізу. Цей метод може бути використаний ще до настання вагітності для визначення, носієм яких дефектних генів є майбутня мати; для цього береться проба епітелію слизової оболонки порожнини рота. При виявленні в жінки якого-небудь дефектного гена рекомендується обов'язково звернутися в генетичну консультацію.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної. 2. Ознаки вагітності. 3. Схему обстеження вагітної. 4. Принципи визначення терміну вагітності, дати пологів. 5. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<i>Заключний етап</i> Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного	10 хв.

		семінару. самоконтролю.	Матеріали
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики, післяпологові палати, родові зали.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. К.: Здоров'я, 2000.
2. Акушерство і гінекологія / За ред.. В.М.Запорожана. к.: Здоров'я, 2000.
3. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Бандик В.Ф. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. К.: Здоровья, 2000.
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Марикн С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина. 2000.
5. Балаханов А. В. Преодоление бесплодия. – СПб.: ЭЛБИ, 2000.
6. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
7. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
8. Кардиотокрграфия. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб.пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
9. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
10. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.

Питання

1. Які зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної?
2. Які ознаки вагітності?
3. Яка схема обстеження вагітної?
4. Які принципи визначення терміну вагітності, дати пологів?
5. Які принципи ведення вагітної в жіночій консультації?
6. Показання до консультації акушер-гінеколога.
7. Показання до скеровування до акушерського стаціонару.
8. Перерахуйте ознаки патологічного перебігу вагітності.
9. З якою кратністю здорова вагітна запрошується на огляд до гінеколога?
10. При якій патології вагітні спостерігаються разом із суміжними спеціалістами?
11. Вкажіть показання для негайної госпіталізації вагітної.

Ситуаційні задачі :

Задача 1. Доношена вагітність. Маса тіла вагітної 62 кг. Повздовжнє положення плода, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Обхват живота 100 см. Висота дна матки 35 см.

Запитання: Яка орієнтована вага плода?

Відповідь: 3 кг 500г.

Задача 2. Перша вагітність. Остання менструація 29 травня, перші рухання плода 20 жовтня, При першому звертанні в жіночу консультацію 24 липня була виявлена вагітність 7 тижнів.

Запитання: Яка орієнтовна дата пологів?

Відповідь: 5 березня.

Задача 3. Роділля, 25 років, другий період пологів. При внутрішньому акушерському дослідженні розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка, яка повністю виповнює крижову впадину. Сідничні ості не визначаються. При потугах промежина вип'ячується.

Запитання: Де знаходиться голівка плода?

Відповідь: В площині виходу з малого тазу