

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

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ
ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Діагностика вагітності та визначення її термінів (код курсу 4.2.3.1.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Кількість навчальних годин 2 години.

I. Актуальність теми

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною учбової програми ПАЦ курсу за фахом «акушерства та гінекології». 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 формування умінь курсант 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.
6. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.

У результаті проведення заняття курсант повинен уміти:

1. Визначити термін вагітності, дату вагітності.
2. Оцінити стан матері та плоду під час вагітності та в пологах.
3. Скласти план ведення пологів.
4. Застосувати різні методи знеболювання фізіологічних пологів.

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 дисципліни		
Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисциплін		
Анестезіологія	Методи знеболення при ендоскопічних операціях	Ведення післяопераційного періоду
III. Внутрішньопредметна інтеграція		
Показання для гістероскопії в ургентному порядку Показання для гістероскопії в плановому порядку	Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією. Техніку виконання та показання до проведення гістероскопії.	Обстежити гінекологічну хвору перед гістероскопією.
Показання для УЗ-дослідження	УЗ методи діагностики в гінекології і акушерстві	Провести оцінку результатів обстеження
Показання до проведення кольпоцервікоскопії та прицільної біопсії	Техніка виконання біопсії та кольпоцервікоскопії	Провести лабораторне обстеження жінки

V. Зміст теми семінарського заняття

Діагностика вагітності в ранні строки

Профілактичний напрямок сучасного акушерства, динамічне спостереження за вагітною у жіночій консультації є головним завданням етапу поліклінічного обслуговування жіночого населення.

Діагностика вагітності у ранні строки (до 12 тижнів) важлива у загальній підготовці лікаря будь-якого фаху, оскільки раннє виявлення вагітності дозволяє своєчасно діагностувати акушерську та екстрагенітальну патологію і вирішувати питання щодо доцільності подальшого виношування вагітності. Лише такий підхід є запорукою сприятливого завершення вагітності для матері та плода.

Вагітність раннього строку визначають за сукупністю анамнестичних даних, певних суб'єктивних і об'єктивних ознак, даних гінекологічного огляду, апаратних та лабораторних методів дослідження.

Ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

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

а) 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.

б) об'єктивні явища — пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів, посилення пігментації сосків та навколо них.

2. Імовірні ознаки - це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність. Вони характерні для вагітності, хоча іноді можуть виникати і з інших причин. 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 середній лінії її, 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 Снегирьова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона, 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 спостерігається 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 МЕ/л.

3. Вірогідні ознаки є переконливим доказом наявності вагітності в обстежуваній 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.

Необхідно звернути увагу на те, що застосування кольорового імпульсного Доплеру заборонено до закінчення критичного періоду 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.

Інші вірогідні ознаки виявляються з 20 тижнів вагітності і не належать до ознак вагітності раннього строку. Це такі ознаки: ворущіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна); вислуховування серцевих тонів плода; промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок); визначення серцебиття плода за допомогою кардіотокографії.

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

Визначення бета-ХГЛ в сечі або в плазмі крові;

Трансвагінальне ультразвукове дослідження.

Розмір матки протягом перших 3 місяців вагітності, коли вона перебуває ще в порожнині малого таза, визначається при дворучному гінекологічному дослідженні, надалі при пальпації живота - за висотою стояння дна матки.

При встановленні терміну вагітності точність залежить від раннього звертання жінки до жіночої консультації. Рекомендується при первинному огляді обстежувати жінку двом спеціалістам-акушерам. Зважаючи на труднощі визначення строку запліднення, діагноз вагітності встановлюється з інтервалом в тиждень (наприклад: вагітність 8-9 тижнів). Більш достовірно термін вагітності визначається на підставі вимірювання параметрів ембріона і плода методом ультразвукового дослідження.

Сучасні наукові докази дають підставу рекомендувати ультразвукове дослідження всім жінкам наприкінці першого триместру для більш точного визначення терміну вагітності (особливо у разі, якщо неможливо точно визначити перший день останньої менструації) та виявлення багатоплідної вагітності. Правильне визначення терміну вагітності підвищує достовірність деяких скринінгових тестів (тести на наявність синдрому Дауна), та знижує частоту індукції пологів після 41 тижня вагітності. [А]

Для найбільш точного визначення гестаційого віку ультразвукове дослідження повинно проводитись в терміні 10-13 тижнів вагітності.

Методи дослідження вагітних пізніх строків

Знання сучасних методів обстеження вагітних є базисом для адекватної роботи лікаря акушер-гінеколога, допомагає своєчасно виявити та попередити розвиток різних ускладнень з боку матері та дитини, обрати відповідну тактику ведення вагітності, результатом якої є зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Акушерське дослідження вагітних пізніх строків проводиться для того, щоб:

Уточнити або визначити термін вагітності

Визначити стан пологових шляхів

Визначити розміри, положення та стан плода

Визначити стан плаценти та навколоплідних вод

До методів дослідження вагітних пізніх строків відносяться: загальний огляд вагітної чи роділлі, зовнішні вимірювання матки та тазу жінки, зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження, вислуховування серцебиття плода, допоміжні інструментальні та апаратні методи дослідження стану плода (кардіотокографія, УЗД, доплерометрія кровоплину у пуповинній артерії тощо).

Діагностика вагітності пізніх строків

Для уточнення або визначення строку вагітності в пізньому терміні використовують аналіз анамнестичних та об'єктивних даних.

анамнестичні дані - вираховування строку вагітності у тижнях за допомогою акушерського календаря з дати останньої менструації та з дати перших рухів плода (у першовагітних перші рухи плода відчуються звичайно з 20 тижнів вагітності, у повторновагітних - з 18 тижнів). Для того щоб обчислити термін пологів за датою останньої менструації, треба від неї відрахувати 3 місяці і додати до одержаної дати 7 днів.

результати об'єктивного дослідження - висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою у співвідношенні до стандартної гравідограми, зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда), вислуховування серцебиття плода (з 20 тижнів), дані ультразвукової фетометрії

Розташування плода в порожнині матки

Розташування плода в порожнині матки в останні місяці вагітності має велике значення, оскільки від цього в значній мірі залежить перебіг пологів. Для наочного уявлення розташування плода в порожнині матки існують акушерські поняття: положення, позиція, вид та передлежання плода

Положення плода - відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

поздовжнє - поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються;

поперечне - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;

косе - поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під гострим кутом;

Позиція плода - відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції:

перша - спинка плода повернена ліворуч; о друга - спинка плода повернена праворуч.

При поперечному і косому положенні плода позиція визначається за місцезнаходженням голівки: голівка зліва від середньої лінії живота матері - перша позиція, справа - друга позиція.

Вид позиції - відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Розрізняють два види:

передній - спинка плода повернена наперед;

задній - спинка плода повернена назад.

Передлежання - відношення великої частини плода (голівки або таза) до входу в малий таз. Розрізняють головне і тазове передлежання. Передлежачою частиною називають ту частину плода, що знаходиться ближче до входу в малий таз і першою проходить пологовими шляхами. При зігнутій голівці плода найнижче розташованою її частиною є потилиця. Таке передлежання називається потиличним і трапляється найчастіше.

Значно рідше голівка буває розігнутою. При цьому, залежно від ступеня розгинання, передлежачою частиною може бути тім'я (передньоголове передлежання), лоб (лобне передлежання), обличчя (лицеве передлежання).

При тазовому передлежанні найнижче розташованою частиною можуть бути сіднички (сідничне передлежання), ніжки (ножне передлежання).

Для оцінки етапів просування голівки родовими шляхами велике значення мають поняття великого і малого сегментів голівки плода.

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

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)

При зовнішньому акушерському обстеженні для визначення розташування плода в порожнині матки використовують пальпацію **прийомами Леопольда**. Дослідження проводиться у положенні вагітної на спині.

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 позиції і виду позиції 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 окружності живота та висоти стояння дна матки.

Окружність 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 гравідограмою.

Підрахування передбачуваної маси плода.

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

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

Визначення терміну отримання допологової відпустки (ознаки 30-тижневої вагітності) дно матки знаходиться на середині між пупком і мечоподібним відростком;

висота стояння дна матки над лоном при вимірі сантиметровою стрічкою 25-28 см (у середньому 26 см); окружність живота - 83-85 см.

голівка плоду в першовагітних рухлива над входом у малий таз;

півхова частина шийки матки не скорочена;

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 (відхилення від нормального перебігу вагітності) внутрішнє дослідження виконується в будь-якому терміні, але в більшості випадків з початком пологів і в пологах.

Після деконтамінації рук лікаря (обробка спиртовим антисептиком або миття водою з милом) одягаються стерильні гумові рукавички. Вульва та передсінок піхви обробляються антисептиками, які не містять спирту. Огляд проводиться на гінекологічному кріслі або у акушерському ліжку.

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 і розміщення основних її орієнтирів відносно таза, про кістковий таз (екзостози, деформації, досяжність мису).

При виконанні внутрішнього акушерського дослідження проводиться визначення:

-стану зовнішніх статевих органів, їх розвиток;

ширини входу, просвіту та розтягання стінок піхви, наявність рубців, запальних змін, пухлини, стан промежини, наповнення ампули прямої кишки та сечового міхура;

-форми та глибини склепінь;

положення піхвової частини шийки матки, її форма, величина, консистенція, наявність рубців та розривів;

-стану внутрішнього та зовнішнього зіву, їх прохідність (розкриття в сантиметрах), вкорочення або згладженість шийки, визначення відношення піхвової частини шийки матки до довжини каналу шийки матки;

-наявності плодового міхура, його форми та щільності; його стан поза і під час перейми: наливається тільки під час перейми, залишається налитим і поза переймами, надмірно напружений, слабшає або зовсім не наливається під час переймів (плоский міхур) та ін.;

-характеру передлеглої частини (голівка, сідниці), розташування її пізнавальних точок, встановлення відношення передлеглої частини до тієї або іншої площини малого таза (над входом у малий таз, у вході в малий таз малим або великим сегментом, в широкій частині малого таза, у вузькій частині або у виході таза); чи не визначається в межах вічка петлі пуповини, плацентарна тканина, дрібні частини плоду й ін.;

-ємкості таза, наявності екзостозів і величини діагональної кон'югати;

-характеру піхвових виділень.

При піхвовому дослідженні під час вагітності визначається ступінь "зрілості" шийки матки.

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

Для визначення готовності організму жінки до пологів за даними оцінки "зрілості" шийки матки оцінюється консистенція шийки матки, довжина її піхвової частини, прохідність каналу шийки матки, положення шийки стосовно провідної осі таза за шкалою Бішоп (табл.1).

Таблиця 1

Оцінка ступеня "зрілості" шийки матки за шкалою Бішоп

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

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

Методи дослідження стану плода

Ультразвукова фетометрія плода є інформативною з 20 тижня вагітності і включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фотометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода.

Підставою для проведення ультразвукової фетометрії у пізні строки вагітності є підозра на затримку росту плода за даними зовнішнього вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота вагітної при відомому терміні вагітності, а також, у окремих випадках, для визначення строку вагітності за спеціальними таблицями, якщо її строк важко встановити за анамнестичними даними та методами стандартного обстеження.

Аускультатию тонів серця плода проводять з 20 тижнів вагітності за допомогою акушерського стетоскопа з визначенням частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Фізіологічний норматив - 110-170 уд./хв.

Частота серцевих скорочень вище 170 уд./хв. та нижче 110 уд./хв. свідчить про порушення стану плода.

Для вислуховування серцебиття плода користуються наступними правилами:

При потиличному передлежанні серцебиття плода вислуховують нижче пупка вагітної

на тій стороні, куди звернена спинка. При задніх видах - збоку живота по передній пахвовій лінії.

При лицевому передлежанні - нижче пупка з тієї сторони, де знаходиться грудка плода (при першій позиції - праворуч, при другий - ліворуч).

При поперечному положенні - біля пупка, ближче до голівки плода.

При передлежанні тазовим кінцем - вище пупка, поблизу голівки плода на тій стороні, куди звернена спинка:

- тазове передлежання, перша позиція, задній вид;
- тазове передлежання, перша позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, перша позиція, задній вид;
- потиличне передлежання, перша позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, друга позиція, передній вид;
- потиличне передлежання, друга позиція, задній вид;
- тазове передлежання, друга позиція, передній вид;
- тазове передлежання, друга позиція, задній вид;

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Ро зподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
	Основний етап		75 хв.

2.	<p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методи обстеження, які використовують для діагностики ранніх термінів вагітності 2. Діагностична цінність імунологічних і гормональних методів дослідження. 3. Які існують електрофізіологічні методи обстеження та їх причини? 4. Покази і діагностичне значення проведення ультразвукових методів обстеження. 	<p>Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.</p>	
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.</p>	<p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p>	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення - навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), кольпоскоп у кабінеті патології шийки матки ЖК, результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
2. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
3. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
4. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
5. Ультразвуковая фетометрия: Справочные таблицы и нормативы / Под ред. М.В. Медведева. – М.: Реальное время, 2003. – 170с.
6. *б.Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
7. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
8. Воскресенский СЛ. Оценка состояния плода. Кардиотокрография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб. пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
9. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
10. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Под ред. Н.М. Подзолкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520с.
11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з

акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).

12. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Питання

1. Які зміни відбуваються в усіх системах організму вагітної?
2. Сумнівні ознаки вагітності?
3. Вірогідні ознаки вагітності?
4. Достовірні ознаки вагітності?
5. Вислуховування серцебиття плоду.
6. Видача декретної відпустки.
7. Які загрозові симптоми післяпологового періоду?
8. Схема обстеження вагітної.
9. Принципи визначення терміну вагітності, дати пологів.
10. Принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
11. Методи дослідження оцінки стану матері та плода.

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Зібрати анамнез, виконати посистемне обстеження вагітної, визначити термін вагітності, період пологової відпустки та дату пологів.
2. Визначити тактику ведення пологів при різних видах передлежань.
3. Оцінити стан роділлі та плода в пологах.
4. Оцінити об'єм крововтрати.
5. Оцінити стан новонародженого, виконати первинний туалет новонародженого.
6. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які призначають в профілактичних цілях.

Тести.

1. Жінка 22 років звернулася до ж/к зі скаргами на затримку менструації до 2 місяців. При гінекологічному огляді встановлено: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Матка збільшена до розмірів гусиноного яйця, розмякшена, особливо в області перешийка, безболісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** Вагітність 8 тижнів
- B.** Вагітність 12 тижнів
- C.** Позаматкова вагітність
- D.** Порушення менструального циклу
- E.** Фіброма матки

2. У пацієнтки 22-х років скарги на затримку менструації протягом 2-х місяців. Змінилися смакові якості. Пологів - 0, абортів - 0. Піхвове дослідження: слизова оболонка піхви та шийки матки - ціанотична, матка кульоподібної форми, збільшена до 7-8 тижнів вагітності, мякуватої консистенції. Придатки без особливостей. Перешийок матки розмякшений. Склепіння піхви вільні. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A.** Маткова вагітність
- B.** Міома матки
- C.** Порушення оваріо-менструального циклу
- D.** Міхурний занос
- E.** Хоріонепітеліома

3. Жінка 22 років скаржиться на нудоту, блювоту 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 місяця. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до розмірів жіночого кулака, помякшена, особливо в області перешийка, безболісна. Придатки не пальпуються. Виділення слизові, молочного кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** Вагітність 8 тижнів
- B.** Міома матки
- C.** Позаматкова вагітність
- D.** Порушення менструального циклу
- E.** Ендометриоз матки

4. Жінка 26 років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на загальне нездужання, нудоту, блювоту 1 раз на добу, сонливість, затримку менструації на 2 місяця. При бімануальному обстеженні встановлено: ціаноз слизової піхви та шийки матки. Матка збільшена до розмірів жіночоно кулака, помякшена, особливо в області перешийка, але під час пальпації стала більш щільною, безболісна. Придатки не пальпуються. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** Вагітність 8 тижнів
- B.** Фіброміома матки
- C.** Позаматкова вагітність
- D.** Порушення менструального циклу
- E.** Гастрит

5. До лікаря звернулася жінка 21 року зі скаргами на нудоту та блювання, особливо зранку, затримку місячних на 3 тижні, нагрубання молочних залоз. Ці симптоми з'явилися після одруження, через 2 місяці. Який діагноз можна запідозрити?

- A.** Вагітність раннього строку
- B.** Гастрит
- C.** Гастродуоденіт
- D.** Харчове отруєння
- E.** Гіпотонія