

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 ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Фізіологія післяпологового періоду. Сучасні принципи грудного вигодовування (код курсу 5.1.)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

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. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики лікування при післяпологових ускладненнях легкого ступеню .

II. Об'єм повторної інформації

1. Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Біомеханізм пологів при різних видах передлежання.
4. Заповнення партограми.
5. Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення.
6. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.
7. Оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа
8. Нагляд за статевими органами та молочними залозами після пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначити план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів.
2. Визначити план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження.
3. Діагностика післяпологових ускладнень.
4. Етіологічні чинники післяпологових інфекційних захворювань та їх особливості.
5. Фізіологічні протиінфекційні бар'єри жіночого статевого тракту.
6. Особливості гуморального та клітинного імунітету у вагітних та породіль.
7. Особливості родового тракту у породіль, що сприяють виникненню післяпологових інфекційних захворювань.
8. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань.
9. Клінічна картина післяпологового ендоміометриту.
10. Діагностика післяпологового пельвіоперитоніта.
11. Основні принципи лікування післяпологових інфекційних захворювань.
12. Профілактика післяродових інфекційних захворювань.
13. Принципи грудного вигодовування.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учбовим питанням.	30
3.	Опанування практичних навичок.	25
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів з наявністю післяпологових ускладнень .
4. Обладнання і інструменти для гінекологічного обстеження породіллі.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних та фізикальних методів обстежень породіллі для визначення подальшої тактики ведення породіллі.		+	
2.	Оцінити результати УЗД органів малого тазу породіллі.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану репродуктивної системи жінки.		+	
4.	Визначити тактику ведення породіллі при післяпологових ускладненнях легкого ступеню.		+	
5.	Визначити тактику ведення породіллі при оперативному розродженні.		+	
6.	Визначити терміни проведення специфічної профілактики післяпологових ускладнень.		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначити план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів.
2. Визначити план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження.
3. Діагностика післяпологових ускладнень.
4. Етіологічні чинники післяпологових інфекційних захворювань та їх особливості.
5. Фізіологічні протиінфекційні бар'єри жіночого статевого тракту.
6. Особливості гуморального та клітинного імунітету у вагітних та породіль.
7. Особливості родового тракту у породіль, що сприяють виникненню післяпологових інфекційних захворювань.
8. Класифікація післяпологових інфекційних захворювань.
9. Клінічна картина післяпологового ендоміометриту.
10. Діагностика післяпологового пельвіоперітоніта.
11. Основні принципи лікування післяпологових інфекційних захворювань.
12. Профілактика післяродових інфекційних захворювань.
13. Принципи грудного вигодовування.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Визначити план ведення післяпологового періоду після нормальних пологів.
2. Визначити план ведення післяпологового періоду після ускладнених пологів.
3. Визначити план ведення післяпологового періоду після оперативного розродження.
4. Діагностувати післяпологові ускладнення та визначити тактику ведення породіллі з післяпологовими ускладненнями легкого ступеню.

Тестові завдання

1. Жінка 30 років з третьою вагітністю строком 32 тижні, масою 59 кг, з'явилася у пологовий будинок з симптомами пологової діяльності. При обстеженні виявлено:

гнійний стафілококовий кольпіт та хоріоамніоніт. Після виділення посліду почалась кровотеча. Введено 5000 гепарину, перелито 250 мл крові, 1000 мл фізіологічного розчину. За 10 хвилин втрата крові перевищила 4000мл. На розтині виявлено загальну анемію(поодинокі еритроцити в полі зору судин), плями Мінакова, гнійний метроендометрит, розповсюджену бактеріальну емболію. Що у наведеному випадку було основним захворюванням?

А. Ускладнення медичних маніпуляцій.

В. Гнійний хоріоамніоніт.

С. Локальний бактеріальний фібриноліз в судинах плацентарного ложа.

Д. Токсико - бактеріальний шок.

Е. Геморагічний шок.

2. Породілля 28 років,пологи 1,термінові. На 2 добу з'явилися скарги на біль в ділянці симфізу,що підсилюються під час ходьби. При пальпації лонного зчленування виявляється біль та щілина між лонними кістками завширшки 0,8 см. Показники крові та сечі без змін. Яке найбільш ефективне лікування?

А. Гіпсова пов'язка на ділянку таза

В. Імобілізація у гамаку,знеболюючі засоби з антибактеріальною терапією

С. Корсет (на 6 місяців)

Д. Металоостеосинтез

Е. Лікування у травматологічному відділенні

3. У породіллі масивна кровотеча після після народження двійні через природні пологові шляхи.Дитяче місце та пологові шляхи цілі,дно матки вище пупка.Матка при пальпації м'яка,не реагує на введення скорочуючих матку засобів.Яка найбільш імовірна причина кровотечі?

А. Гіпотонія матки.

В. Пошкодження шийки матки.

С. Розрив матки.

Д. Затримка частки плаценти.

Е. Атонія матки.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . Породілля А., 32 років, родорозрішена через природні родові шляхи. Пологи ускладнилися розривом промежини II ступеня, виконана перінеопластика, на шкіру промежини накладені 4 шва.

Післяпологовий період протягом перших двох днів протікав без ускладнень. На 3 добу спостерігається підвищення температури тіла до 37,2 ° С, біль, печіння в області промежини.

Status praesens. АТ 120/60 і 120/80 мм рт. ст., Ps 76 в хв. Молочні залози м'які, соски чисті.

Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 5 см нижче пупка, матка при пальпації щільна, безболісна. Лохії сукровичні, помірні.

При огляді промежини - в області швів гіперемія, набряк, гнійне виділення. При пальпації наявна інфільтрація і болючість. Шви зняті, повне розходження швів, діастаз країв рани - 2 см, ранова поверхня покрита сірим некротичним нальотом, при знятті нальоту - рана кровоточить.

Запитання: Який діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Післяпологова виразка (ulcus puerperalis).

Тактика лікування: Переведення породіллі із акушерського відділення в обсерваційне або спеціалізований стаціонар по післяпологовим інфекцій .

Лікування місцеве, за принципами лікування гнійно-некротичних ран.

На **I етапі** обробка рани гіпертонічним розчином хлориду натрію з протеолітичними ферментами - Trypsinum або Chymotrypsinum 0,01-0,02 г в Sol. Novocaini 0,25% - 20-50 ml, на **II етапі** - мазь Вишневського.

У перші дні до промежини прикладають холод в інтермітуючому режимі опромінення промежини гелій-неоновим лазером. Після очищення рани накладення вторинних швів на промежину.

Задача 2. Породілля А., 32 років, родорозрішена через природні родові шляхи. Пологи ускладнилися розривом промежини II ступеня, виконана перінеопластика, на шкіру промежини накладені 4 шва.

Післяпологовий період протягом перших двох днів протікав без ускладнень. На 3 добу спостерігається підвищення температури тіла до 37,2 ° С, біль, печіння в області промежини.

Status praesens. АТ 120/60 і 120/80 мм рт. ст., Ps 76 в хв. Молочні залози м'які, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 5 см нижче пупка, матка при пальпації щільна, безболісна. Лохії сукровичні, помірні.

При огляді промежини - в області швів гіперемія, набряк, гнійне виділення. При пальпації наявна інфільтрація і болючість. Шви зняті, повне розходження швів, діастаз країв рани - 2 см, ранова поверхня покрита сірим некротичним нальотом, при знятті нальоту - рана кровоточить.

Запитання: Чи являється нагноєння швів на промежині і їх розходження ознаками післяпологової виразки?

Відповідь: Так. Особливістю виразки є те, що уражена ділянка покрита сіро-жовтим некротичним нальотом, при знятті якого кровоточить.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Післяпологовий період – починається відразу після закінчення пологів і триває протягом 8 тижнів

Післяпологовий період поділяється на ранній та пізній

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

Пізній післяпологовий період настає через 2 години після пологів і триває впродовж 8 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

Післяпологовий догляд

Основні принципи післяпологового догляду.

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:
 - Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагубання, стан сосків, наявність тріщин на них.
 - Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки.

Інтервали часу:

протягом перших двох годин	- кожні 15 хвилин
протягом третьої години	- кожні 30 хвилин
протягом наступних трьох годин	- кожні 60 хвилин

протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні – один раз на добу.

- Виконання вправ післяпологової гімнастики.
2. Підтримка раннього грудного вигодовування:
 - Контакт „шкіра до шкіри” та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.
 - Захищає новонародженного від інфекцій
 3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:
 - Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищують відчуття впевненості в собі, а також надають можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.
 4. Проведення консультування з питань планування сім’ї та догляду за дитиною після виписки.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться після:

- Об’єктивної оцінки стану матері:
 - відсутність скарг;
 - стабільні показники гемодинаміки;
 - відсутність кровотечі;
 - відсутність ознак інфікування.

Не існує доказів на користь необхідності рутинного ультразвукового обстеження органів малого тазу жінок в післяпологовому періоді.

- Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.
При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується на 3 добу додому.
- Коли мати проконсультована з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основним загрозливим симптомам післяпологового періоду.

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді:

- вагінальна кровотеча;
(використання 2-3 прокладок за 30 хв.);
- підвищення температури тіла;
- утруднення дихання;
- біль у животі;
- біль молочних залоз та сосків;
- біль у промежині;
- нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні;

Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога:

- дитина погано смокче груди;
- дитина млява або збудлива;
- у дитини виникли судоми;
- у дитини порушення дихання;
- у дитини гіпертермія, або гіпотермія;
- визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки;
- у дитини блювота або діарея.

- гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.

Тепловий ланцюжок.

Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче ніж 25 °С.

Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка.

Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5° С-37,5° С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка.

1) Тепла пологова кімната (операційна) .

Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25°С –28°С.

Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

2) Незайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.

3) Контакт “шкіра –до –шкіри”.

Контакт “шкіра-до-шкіри” запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір’ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин.

З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.

4) Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір’ю в контакт “шкіра-до-шкіри”. Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5) Відкласти зважування та купання .

Купання та зважування новонародженого відразу після народження призводить до втрат тепла , тому ці процедури треба відкласти.

Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома.

Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту “шкіра-до-шкіри” перед переведенням в палату спільного перебування.

6) Правильно одягнути та загорнути дитину .

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи.

У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8) Транспортування в теплих умовах

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю.

При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в кувезі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10) Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Принципи підтримки грудного вигодовування

1. Наявність плану дій (політики) щодо підтримки грудного вигодовування (далі - Політика) і регулярне доведення його положень до відома усіх медичних працівників закладу, вагітних, матерів та членів їх родини.

2. Систематичне навчання медичного персоналу щодо впровадження Політики (плану дій) підтримки грудного вигодовування.

3. Впровадження в практику сучасних методів підготовки сім'ї до народження дитини. Інформування та навчання вагітних, матерів та членів їх родин щодо переваг та методів грудного вигодовування.

4. Допомога матерям успішно розпочати раннє грудне вигодовування.

5. Навчання вагітних, матерів та членів їх родини як годувати грудьми та як зберегти лактацію в складних ситуаціях, в тому числі якщо вони тимчасово відокремлені від своїх дітей.

6. Підтримка виключно грудного вигодовування до шестимісячного віку дитини за винятком випадків, зумовлених медичними та соціальними показаннями, і

продовження грудного вигодовування до 1 року і більше із своєчасним введенням пригодовування.

7. Забезпечення цілодобового спільного перебування матерів з дітьми та участі матері (членів родини) у здійсненні догляду за дитиною.

8. Заохочення матерів до грудного вигодовування за вимогою дитини за відсутності медичних протипоказань.

9. Відмова від використання у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні, сосок, пустышок чи інших середників, які імітують материнські груди.

10. Створення груп підтримки грудного вигодовування і направлення до них матерів.

11. Дотримання Міжнародного зведення правил збуту заміників грудного молока.

ІХ. Основна література для опрацювання

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. Бакшеев Н.С., Орлов Р.С. Сократительная функция матки. К.: Здоров'я, 2000.
5. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Марикн С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина. 2000.
6. Балаханов А. В. Преодоление бесплодия. – СПб.: ЭЛБИ, 2000.
7. Гуляева Л.И., Дудник В.В., Озерская И.А. Случай сочетания прогрессирующей маточной и внематочной беременности // Ультразвуковая диагностика. – 2000.
8. Рязанцев Е.Л., Рязанцев М.Е. Краткий курс оперативной гинекологии. - Рязань, 2000.
9. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
10. Венцовский Б.М. Поздний гестоз. - К., 2002. - 768 с.
11. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: учеб.пособие. - Минск: Книжный Дом, 2004. - 304 с.
12. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
13. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
14. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.