

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 «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Робота ЖК і дитячих поліклінік в охороні репродуктивного здоров'я населення (код курсу 1.13)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Основними завданнями служби охорони материнства і дитинства є надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, недоношеним і хворим новонародженим, а також спостереження і догляд за здоровими новонародженими. Значною мірою саме організація акушерсько-гінекологічної допомоги визначає її ефективність, а знання основних показників і вміння провести аналіз діяльності родопомічних закладів є необхідним у роботі лікаря.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Основні напрямки розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги.
2. Органи управління.
3. Лікувально-профілактичні заклади.
4. Організація медичної допомоги вагітним і породіллям.
5. Організація гінекологічної допомоги.
6. Лікувально-профілактична допомога жінкам у сільській місцевості.

В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:

1. Патронаж і систематичне спостереження за вагітними і породіллями, дітьми до 1 року;
2. Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів;
3. Організація школи матері та дитини;
4. Надання медичної допомоги гінекологічним хворим;
5. Ведення обліково-звітної документації;
6. Виявлення і взяття на облік вагітних у ранні терміни;

III. Базові знання

1. Що таке репродуктивне здоров'я?
2. Які функції ЖК і дитячих поліклінік?

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок 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	

Соціальна гігієна	Основні показники роботи	Розрахувати основні показники: захворюваності, перинатальної смертності.
II. Наступні дисциплін		
Сімейна медицина	Робота ЖК і дитячих поліклінік в охороні репродуктивного здоров'я населення	Провести лабораторне обстеження жінки

V. Зміст теми семінарського заняття

Робота ЖК і дитячих поліклінік в охороні репродуктивного здоров'я населення.

Основними завданнями служби охорони материнства і дитинства є надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, недоношеним і хворим новонародженим, а також спостереження і догляд за здоровими новонародженими. Значною мірою саме організація акушерсько-гінекологічної допомоги визначає її ефективність, а знання основних показників і вміння провести аналіз діяльності родопомічних закладів є необхідним у роботі лікаря.

Основні напрями розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги

Охорона здоров'я матері й дитини є пріоритетним напрямом діяльності держави, спрямованим на збереження генофонду нації. Особливого значення набуває об'єднання акушерської і гінекологічної служб із загальною медичною службою для оздоровлення населення підліткового віку, здійснення заходів щодо одруження й планування сім'ї, орієнтація акушерства на перинатальну охорону плода, вдосконалення діяльності центрів і кабінетів пренатальної діагностики, покращення загальної медичної і спеціалізованої допомоги вагітним. Актуальними залишаються проблеми профілактики, своєчасної діагностики і лікування хворих на онкогінекологічні захворювання. Створення акушерсько-гінекологічних відділень у складі багатопрофільних лікарень, організація об'єднаних акушерсько-терапевтично-педіатричних комплексів розширює можливості для своєчасного надання невідкладної допомоги фахівцями суміжних спеціальностей (хірурги, урологи, терапевти, неонатологи та ін.), а також для організації сучасних потужних відділень інтенсивної терапії і реанімації, цілодобової лабораторної служби і функціональної діагностики. Для покращення спеціалізованої допомоги матерям і дітям створюються перинатальні центри, які обладнані сучасною лікувально-діагностичною апаратурою для оцінювання і корекції стану плода, догляду й лікування недоношених, незрілих і хворих новонароджених.

Органи управління

Акушерсько-гінекологічну допомогу в Україні організує Головне управління медичної допомоги дітям і матерям Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України. Основні законодавчі акти з питань охорони материнства і дитинства приймає відповідна комісія Верховної Ради України. У складі Головного управління медичної допомоги дітям і матерям МОЗ є відділи лікувально-профілактичної допомоги дітям і акушерсько-гінекологічної допомоги, які здійснюють організаційно-методичне керівництво акушерсько-гінекологічною допомогою шляхом реалізації чинного законодавства, наказів, інструкцій, методичних вказівок і рекомендацій, інформаційних листів, службових розпоряджень. Важливі питання акушерсько-гінекологічної допомоги обговорюються на засіданнях Колегії МОЗ України. Головний акушер-гінеколог МОЗ України входить до штату Головного управління. Головні акушери-гінекологи регіонів працюють за планом, затвердженим начальником Головного управління або завідувачем обласного (міського) відділу охорони здоров'я. Основними завданнями головних акушерів-гінекологів є такі: вживання заходів щодо профілактики гінекологічних захворювань і ускладнень гестаційного періоду; виявлення початкових стадій захворювань; покращення якості лікування; впровадження в практику акушерсько-гінекологічних закладів новітніх методів діагностики і лікування, прогресивних форм і методів роботи з метою зниження материнської і перинатальної захворюваності й смертності, професійної захворюваності, онкогінекологічних та інших захворювань, підвищення ефективності лікування.

Головний акушер-гінеколог залучає до виконання зазначених вище обов'язків асоціації та товариства акушерів-гінекологів, акушерсько-гінекологічні заклади, а також територіальне розміщені кафедри вузів і профільні відділи НДІ.

Керівництво акушерсько-гінекологічною службою в районі здійснюється центральною районною лікарнею, у штаті якої є посада заступника головного лікаря з питань материнства й дитинства. Важливу роль відіграє обласна лікарня, до складу якої входять гінекологічні й акушерські відділення. Вони координують роботу базових і виїзних жіночих консультацій.

У забезпеченні належного санітарно-гігієнічного стану лікувально-профілактичних закладів активну участь беруть обласна, міська і районні санітарно-епідеміологічні станції.

Лікувально-профілактичні заклади

До спеціальних закладів акушерсько-гінекологічної допомоги належать: заклади амбулаторного типу — жіночі консультації як у складі пологового будинку, поліклініки, так і самостійні; 2) пологові будинки; 3) гінекологічні стаціонари; 4) акушерсько-гінекологічні відділення районних, міських та обласних лікарень, великих медико-санітарних частин; 5) фельдшерсько-акушерські пункти.

Амбулаторно-поліклінічна допомога, яка надається жіночими консультаціями, є основним видом акушерської допомоги. Основними завданнями жіночої консультації є такі:

- 1) диспансеризація вагітних;
- 2) профілактика материнської та перинатальної захворюваності і смертності;
- 3) надання допомоги гінекологічним хворим;
- 3) вживання заходів щодо планування сім'ї;
- 4) профілактика і виявлення передракових і онкологічних захворювань;
- 5) активне відвідування хворих удома;
- 6) санітарно-просвітня робота;
- 7) організація шкіл материнства;
- 8) експертиза непрацездатності.

Жіноча консультація проводить свою роботу за принципом дільничного обслуговування населення, яке мешкає у закріпленому за нею районі. Дільниця лікаря акушера-гінеколога налічує до 3 тис. жінок дітородного віку, а у випадках організації жіночої консультації при медико-санітарній частині підприємства — до 1,5 тис. робітниць.

Організація медичної допомоги вагітним і породіллям.

Диспансеризація вагітної розпочинається з її звернення до консультації у ранні терміни вагітності (бажано до 12 тижнів). Після всебічного обстеження (анамнез, умови життя, праці, акушерський стан, вимірювання зросту, маси тіла, артеріального тиску (АТ) тощо), а також огляду терапевтом, офтальмологом, стоматологом, отоларингологом, іншими спеціалістами з'ясовують, чи належить вагітна до групи високого ризику перинатальної патології. В «Індивідуальній карті вагітної та роділлі» (форма 111) складають план ведення вагітної, визначають очікувану дату пологів. Виконують загальне клінічне дослідження крові (гемоглобін, гематокритне число, лейкоцити тощо), дослідження щодо виявлення сифілісу, ВІЛ-інфекції, інфекційного гепатиту. Визначають групу крові, резус-фактор;

за потреби виконують біохімічні дослідження (загальний білок крові, білірубін, трансамінази, глюкоза, креатинін тощо). Проводять дослідження мазків, узятих із сечівника і каналу шийки матки (гонорея, трихомоноз, мікоплазмоз, кандидоз, бактеріальний вагіноз тощо), калу на яйця гельмінтів; уточнюють ступінь чистоти піхви. Досліджують вміст носоглотки щодо наявності патогенного стафілокока.

Організація гінекологічної допомоги.

Гінекологічні захворювання виявляють під час обстеження жінок, які звернулися до жіночої консультації, та профілактичних оглядів. Для кожної жінки заводять «Медичну карту амбулаторного хворого» (форма 025/у). Профілактичним гінекологічним оглядам (1

раз на рік) підлягають жінки віком від 18-років, які мешкають або працюють у районі обслуговування консультації. Під час цих оглядів виконуються цитологічне, кольпоскопічне дослідження, проводиться обстеження молочних залоз. Результати заносять до «Контрольної карти диспансерного спостереження» (форма 30/у).

Лікувально-профілактична допомога жінкам у сільській місцевості

Акушерсько-гінекологічна допомога в сільській місцевості ґрунтується на таких самих принципах, як і в містах, і здійснюється в амбулаторно-поліклінічних, лікувальних і санаторно-курортних закладах, а також установах невідкладної медичної допомоги. На першому етапі допомогу надають на сільських лікарських дільницях (СЛД): у фельдшерсько-акушерських пунктах СФАП), в дільничних лікарнях, амбулаторіях, які проводять переважно профілактичну роботу, спрямовану на запобігання ускладненням вагітності та гінекологічним захворюванням. Зокрема, фельдшерсько-акушерський пункт. ФАП – найбільш масовий первинний долікарняний заклад з надання медико-санітарної допомоги сільському населенню, до структури ФАП входять:

- кабінет фельдшера;
- кабінет акушерки;
- маніпуляційний і фізіотерапевтичний кабінети;
- ізолятор;
- службові приміщення;
- почекальня (вестибюль)

Основні завдання ФАП:

- надання населенню долікарської медичної допомоги;
- раннє виявлення факторів ризику та перших ознак захворювань;
- своєчасне лікування хворих в амбулаторних умовах і вдома;
- виконання лікарських призначень;
- організація невідкладної та швидкої медичної допомоги;
- експертиза тимчасової непрацездатності (у випадках, передбачених законодавством);
- Динамічне спостереження за станом здоров'я жінок та дітей;
- проведення санітарно-протиепідемічних заходів
- проведення санітарно-освітньої роботи.

Таким чином, основними напрямками діяльності ФАП є:

1. Лікувально-профілактична допомога населенню.
2. Санітарно-протиепідемічна робота.
3. Медичне обслуговування жінок і дітей:

Патронаж і систематичне спостереження

- Патронаж і систематичне спостереження за вагітними і породіллями, дітьми до 1 року;
- психопрофілактична підготовка вагітних до пологів;
- організація школи матері та дитини;
- надання медичної допомоги гінекологічним хворим;
- ведення обліково-звітної документації;
- виявлення і взяття на облік вагітних у ранні терміни;

Фельдшер повинен бути підготовлений до активної, творчої, професійної і соціальної діяльності, яка б сприяла прогресу суспільного розвитку, уміти самостійно добувати нові

знання, контролювати і корегувати зроблене, вміти приймати професійні рішення з урахуванням соціальних наслідків. Він повинен вміти самостійно розбиратися в питаннях діагностики ускладнень вагітності та пологів, вміти вчасно подати потрібну допомогу в невідкладних випадках. Основні зусилля в роботі фельдшера мають бути спрямовані на попередження виникнення захворювань та ускладнень і проведення санітарно-оздоровчих заходів.

До профілактичної роботи фельдшера ФАП відносять:

- диспансеризацію;
- комплексні профілактичні медогляди;
- цільові профілактичні медогляди;
- нагляд за диспансерними хворими.

На другому етапі функціонують центральні районні лікарні (ЦРЛ), міські пологові будинки, які об'єднують жіночу консультацію та акушерсько-гінекологічні відділення. Третій етап — це обласні заклади: обласний пологовий будинок;

акушерсько-гінекологічне відділення обласної лікарні; міський пологовий будинок обласного центру, який виконує функції обласного; спеціалізовані центри; кабінети акушерів-гінекологів обласної поліклініки; державні консультативні центри, НДІ охорони материнства й дитинства, кафедри акушерства і гінекології медичних вузів. Головним центром є обласна лікарня.

Керівником лікувально-профілактичної допомоги жінкам на СЛД є головний лікар дільничної лікарні. У районі загальне керівництво здійснює головний лікар ЦРЛ, очолює службу позаштатний районний акушер-гінеколог або заступник головного лікаря з питань дитинства і родопомочі; в області — головний акушер-гінеколог, який є штатним спеціалістом управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Перспективи підвищення якості акушерсько-гінекологічної допомоги на селі пов'язані зі зміцненням матеріально-технічної бази центральних районних лікарень, розвитком мережі спеціалізованих відділень, обладнанням їх сучасною технікою та укомплектуванням підготовленими кадрами, а також із широкою доступністю закладів III рівня. Створюються реанімаційні мобільні бригади невідкладної допомоги на базі обласних лікарень, які мають необхідне оснащення і високий кваліфікаційний) рівень лікарів.

Перинатальна охорона плода — це основа діяльності сучасної акушерської служби. Останнім часом відбувається створення центрів перинатальної і пренатальної охорони плода, які мають сучасні можливості щодо пренатальної діагностики й лікування плода у жінок з вагітністю високого ризику (біопсія хоріона, амніоцентез, кордоцентез).

Планування сім'ї

Під плануванням сім'ї розуміють комплекс соціально-економічних, культурно-освітніх, медичних, релігійних та інших заходів щодо охорони репродуктивної функції жінки, який

охоплює планування термінів народження дітей, їх кількості, використання контрацептивних засобів для профілактики небажаної вагітності.

Актуальність проблеми планування сім'ї зумовлена такими причинами: значним відсотком патологічних пологів (в Україні їх близько 80 %), народженням недоношених, з вадами розвитку і хворих дітей (20—80 % новонароджених в Україні мають відхилення в стані здоров'я від моменту народження); великими коливаннями показників перинатальної (від 5 % у розвинутих країнах до 140% — в економічно відсталих) і материнської смертності (відповідно від 10-12 до 623 випадків на 100 тис. живонароджених); нерівномірним приростом населення на планеті (позитивний — 1,73%— у світі і негативний — в Україні та інших країнах колишнього СРСР). За даними літератури, протягом останніх 10 років кількість мимовільних викиднів в Україні зросла в 4—6 разів, природжених вад розвитку немовлят — у 3 рази на фоні підвищення загальної захворюваності дітей раннього віку вдвічі; кількість глибоко недоношених дітей збільшилася у 5 разів. Протягом року близько 50 тис. жінок не доношують вагітності. Гінекологічна захворюваність жінок за останні 15 років зросла на 35 %. У нашій державі за рік виконують близько 70 тис. штучних абортів (65-70 на 1 тис. жінок дітородного віку, а, наприклад, в Канаді, цей показник становить 10 на 1 тис. жінок, у Нідерландах — 5,6). У структурі причин материнської смертності викидні становлять 23 % і не мають тенденції до зниження. Оскільки соціальні умови не сприяють підвищенню рівня народжуваності, зменшення репродуктивних втрат серед бажаних вагітностей набуває особливого значення.

Під час планування сім'ї потрібно брати до уваги такі рекомендації ВООЗ: оптимальний вік жінки для народження дітей — 18—35 років, першої дитини — 18—25 років; більшість дітей з вадами розвитку народжуються у немолодих жінок (особливо понад 40 років), внаслідок впливу шкідливих чинників під час вагітності (іонізуюче випромінювання, фізичні, хімічні впливи тощо); оптимальний інтервал між народженням дітей — 2—4 роки; знання жінкою особливостей харчування, поведінки (шкідливі звички), гігієни перед заплідненням і протягом гестаційного періоду; вміння користуватися протизаплідними засобами, які підбирають індивідуально; оздоровлення майбутніх батьків до запліднення. Диспансеризація вагітних і своєчасна госпіталізація до стаціонару для розродження є обов'язковими умовами сприятливих наслідків вагітності, розвитку плода й новонародженого. Грудне вигодовування має багато переваг перед штучним, особливо протягом перших 6 місяців життя дитини. Перший або пізній аборт, а також аборт внаслідок резус-конфліктної вагітності, велика кількість статевих партнерів, захворювання, що передаються статевим шляхом, можуть бути причиною втрати генеративної функції. Перша

вагітність у жінок віком понад 30—35 років, як і в жінок віком до 18 років, має значно більше ускладнень і може закінчуватись операцією кесарева розтину.

В Україні лише 174 із 1000 жінок репродуктивного віку для запобігання вагітності застосовують механічні контрацептиви, 34 — оральні, тобто значно менше, ніж в економічно розвинутих країнах. Реальна ситуація, що склалася в країні, стала підставою для створення Національної програми планування сім'ї.

Планування сім'ї є важливим завданням держави і сприяє оптимальному виконанню її демографічної політики, зменшенню материнської, перинатальної захворюваності та смертності.

Аналіз причин та профілактика материнської і перинатальної смертності

Профілактика материнської смертності. Щороку в світі через різні акушерські причини вмирають понад 500 тис. жінок. Аналіз цих причин свідчить, що структура материнської смертності має досить сталий характер. Перше місце серед причин материнської смертності належить акушерським кровотечам, друге — екстрагенітальній патології, третє — септичним захворюванням. Четверте, п'яте і шосте місця посідають відповідно пізній гестоз, розриви матки, емболія навколоплодовими водами та інші причини. Значна частка випадків смерті пов'язана з позаматковою вагітністю. З урахуванням смертності, зумовленої викиднями, можна вважати, що перше місце серед причин смерті, пов'язаних із вагітністю, належить гнійно-септичним захворюванням.

Профілактика материнської смертності починається з охорони здоров'я дівчаток і дівчат. Протягом останніх років внаслідок змін у соціальній поведінці молодих людей, лібералізації сексуальних стосунків спостерігається зростання запальних захворювань (порівняно з країнами Західної Європи) за рахунок інфекцій, що передаються статевим шляхом, і порушень менструальної функції.

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> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. 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. Основні напрямки розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	2. Органи управління. 3. Лікувально-профілактичні заклади. 4. Організація медичної допомоги вагітним і породіллям. 5. Організація гінекологічної допомоги. 6. Лікувально-профілактична допомога жінкам у сільській місцевості..		
1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Заключний етап	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, жіноча консультація

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії хвороби

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ МОЗ України № 503
5. Ліхачов В. К. Методика обстежень і принципи лікування гінекологічних хворих в умовах жіночої консультації.-Полтава,2000.-с 120

Питання

1. Основні напрямки розвитку акушерсько-гінекологічної допомоги?
2. Органи управління в акушерсько-гінекологічній допомозі?
3. Лікувально-профілактичні заклади?
4. Яка організація медичної допомоги вагітним і породіллям?
5. Яка організація гінекологічної допомоги?
6. Як проходить лікувально-профілактична допомога жінкам у сільській місцевості?

Тестові завдання

1. **1. Яким наказом регламентується діяльність лікаря жіночої консультації?**
1. N1230.

2. N870.
3. N503.*
4. N55.
5. N780.

2. Середня кількість жінок, що обслуговуються лікарем жіночої консультації:

1. 2000.
2. 4000.
3. 5500.
4. 1500-2000.*
5. 5000.

3. Заходи, які необхідно почати при неявці вагітної на прийом до лікаря в призначений день:

1. Відвідування вдома патронажною акушеркою в найближчі дні.*
2. Відвідування вдома патронажною акушеркою в найближчі тижні.
3. Чекати відвідування вагітної.
4. Запросити на прийом через пошту.

4. Який тест на вагітність буде найбільш надійним у ранній термін?

1. Імунний тест гальмування гемаглютинації.
2. Індукування сперматогенезу в жаби.
3. Дослідження ХГЧ у крові.*
4. Дослідження концентрації естрогенів у крові.

5. Ультразвукова діагностика маткової вагітності можлива з мінімального терміну:

1. 5-6 днів.
2. 1-2 тижня.
3. 3-4 тижня.*

6. При якому терміні вагітності дно матки виходить через лоно?

1. 10 тиж.
2. 6 тиж.
3. 8 тиж.
4. 16 тиж.
5. Після 12 тиж. *

7. Основною функцією ХГ є:

1. Підтримка жовтого тіла. *
2. Ініціювання імплантації.
3. Ініціювання розвитку молочної залози.
4. Визначення життєздатності плоду.

8. Усі наступні симптоми мають місце на 10-11 тижні вагітності, крім:

1. Симптом Горвиця-Гегара.
2. Серцева діяльність плоду при УЗД.
3. Аменорея.
4. Симптом Гегара.
5. Ворушіння плоду.*

9. Фактор ранньої вагітності з'являється в крові:

1. У перші дні вагітності.*

2. У перші тижні вагітності.
3. У перші місяці вагітності.

10. Які скринінг-тести не показані при неускладненій вагітності у термінах 11-12 тижнів?

1. Визначення рівня гемоглобіну.
2. Серологічні обстеження на сифіліс.
3. Визначення групи крові, резус-фактора.
4. Повторні визначення ХГЧ.*

11. Немає необхідності в діагностиці вагітності ранніх термінів при:

1. Аменореї у жінки репродуктивного віку.
2. Дисфункціональних кровотечах після затримки менструації.
3. Підозрі на позаматкову вагітність.
4. Кровотечі в менопаузі.*

12. До сучасних методів діагностики вагітності в ранньому терміні не відносяться:

1. Рентгенологічні.*
2. Біологічні.
3. Імунологічні.
4. Ультразвукові.

13. Ознака Горвиця-Гегара характеризується:

1. Розм'якшенням матки в ділянці перешийка.*
2. Скороченням матки при пальпації.
3. Асиметрією матки (випинанням одного з кутів).

14. У 23-річної жінки спостерігається аменорея протягом 6 тижнів. Загальне обстеження не виявило ніякої патології. Що необхідно зробити?

1. Досліджувати ХГЧ у крові.*
2. Загальний аналіз крові.
3. Спостерігати за жінкою протягом 1-2 тижнів.
4. Досліджувати гонадотропні гормони гіпофіза.

Ситуаційні задачі :

1. Жінка 25 років звернулась до лікаря зі скаргами на неплідність протягом 5 років. В анамнезі: 1 вагітність, яка закінчилась самовільним викиднем 7 років тому. Протягом 8 років хвора страждає хронічним запальним процесом статевих шляхів, неодноразово отримувала стаціонарне та амбулаторне лікування з цього приводу. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволодіння за жіночим типом; Піхва не рожавшої жінки, шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко точкове, зачинено. Тіло матки звичайних розмірів, дещо обмежене в рухомості, в retroflexio. Придатки- маткові труби з обох сторін тяжисті, безболісні при пальпації. Яєчники-2,5x3см , безболісні при пальпації. Склепіння вільні. Виділення рясні. Визначити необхідний обсяг лікувально-діагностичних заходів.
Відповідь-гістеросальпінгографія, обстеження на TORCH-інфекцію, бактеріологічний посів, визначення рівня пептидних та стероїдних гормонів в сироватці крові
2. У жіночу консультацію для взяття на облік з приводу вагітності звернулась жінка 25 років. При об'єктивному дослідженні: шкіра та слизові оболонки блілого кольору. Частота серцевих скорочень 92-100 за 1 хв, частота дихання 32 за 1 хв, АТ 110/85 і 110/90 мм рт. ст.

На верхівці серця вислуховується систолічний шум, над легеньми – дихання везикулярне з жорсткуватим віддітком. Живіт збільшений у об'ємі за рахунок вагітної матки, при пальпації м'який, приймає участь в акті дихання, печінка +1 см. Дно матки на рівні пупа. Набряки нижніх кінцівок. З анамнезу з'ясовано: страждає на ревматизм з дитинства. Періодично проходить біциліно-профілактику. Вагітність перша. Яка лікарська тактика? (Взяти на облік по вагітності. Консультація терапевта. Госпіталізація в кардіологічне відділення. Вирішення питання про доцільність виношування вагітності
Відповідь-вирішити консіліумом

3. В жіночу консультацію звернулася жінка 23 років астеничної тілобудови з ціанозом губ та носо-губного трикутника. Страждає вродженою вадою серця синього типу – тетрада Фалло. Менструації з 17 років, нерегулярні через 3-4 місяці, незаміжня. Протягом останніх 6 місяців живе нерегулярним статевим життям. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи мають ознаки інфантилізму, при дзеркальному огляді встановлено, що слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотична, при бімануальному піхвовому дослідженні: матка збільшена до 7 тиж вагітності, шароподібної форми, м'якуватої консистенції, склепіння вільні, додатки не визначаються. Діагноз: Вагітність 7 тижнів. Вроджена вада серця. Яка тактика лікаря?
Відповідь-переривання вагітності за медичними показаннями

Методичну розробку семінарського заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров

15.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__р.