

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Ведення фізіологічної вагітності» (код курсу 1.1)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Вивчення даного розділу є невід'ємною частиною роботи лікаря акушера-гінеколога, який надає амбулаторну перинатальну допомогу. Дані знання, та в свою чергу їх практичне застосування, вносять великий вклад в основу профілактики материнської та перинатальної захворюваності і смертності, а також являються основоположними в просвітницькій роботі питань материнства та дитини.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття 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.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

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 фахівця

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

Нагадати про почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах спостереження за жінкою з фізіологічною вагітністю.

Закріплення у лікарів психологічної та фахової готовності до сучасних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Анатомія і фізіологія статевої системи жінки.	Оцінити стан розвитку статевої системи жінки.
2. Фізіологія	Регуляція нормального менструального циклу. Зміни в організмі жінки, пов'язані з вагітністю.	Оцінювати дані додаткових методів обстеження вагітної.
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми адаптації здорової дитини після народження.	Оцінювати стан новонародженого
2. Гінекологія	Гінекологічні ускладнення після патологічного перебігу вагітності	Проводити профілактику гінекологічних ускладнень після патологічного перебігу вагітності, призначати контрацепцію годуючій матері.

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 консилиум 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).

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).

Графік візитів вагітної до лікаря

1-ий візит
(Бажано до 12 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оформлення медичної документації	A	Форми 111/о та 113/о
Заповнення жінкою анкети вагітної	A	За згодою
Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)	A	
Виявлення факторів ризику гестаційного діабету	B	При їх наявності – проведення двогодинного перорального тесту толерантності до глюкози (ПТТГ)
Виявлення факторів ризику прееклампсії	C	При наявності факторів ризику (додаток 21) пропонуйте жінці з 16 тижнів вагітності до народження дитини приймати 75мг аспірину
Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію	D	додаток №7
Оцінка умов праці	D	Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідності
Загальний огляд	A	
Пальпація щитовидної залози	A	
Аускультация серця	A	
Аускультация легенів	A	
Огляд та пальпація молочних залоз	A	
Пальпація лімфатичних вузлів	D	
Вимірювання артеріального тиску	A	
Вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
Вимірювання температури тіла	D	
Визначення зросту	B	
Визначення маси тіла	B	
Визначення індексу маси тіла	B	
Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження)	D	Рутинний огляд не є прогностично точним для визначення терміну вагітності, а також, не дає можливості передбачити передчасні пологи або тазо-головну диспропорцію
УЗД в терміні вагітності від 11+1 день до 13 тижнів та 6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення УЗ маркерів вродженої та хромосомної патології)	A	Лікар надає інформацію жінці щодо доцільності одночасного проведення першого УЗД (11тиж +1 день. - 13 тиж. + 6 днів) і подвійного біохімічного тесту (вільний-ХГЧ, РАРР А) і розрахунку ризику наявності у плода хромосомної і деякої розповсюдженої вродженої

		патології. Дослідження виконують за згодою жінки
Призначення лабораторного обстеження:		
- Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка	A	
- Посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)	A	При виявленні призначається антибіотикотерапія
- Група крові та резус-фактор	A	
- наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)	B	Титри анти-резус антитіл визначають тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого перебігу вагітності
- Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів	A	
- Серологічне обстеження на сифіліс (перше)	B	
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший)	A	Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах.
- Тест на наявність HBsAg	A	
- Мазок на цитологічне дослідження	D	
- Мазок на флору (за показами)	A	При наявності скарг та клінічних проявів
Надання вагітній розгорнутої	A	Якщо в анамнезі відмічались

інформації щодо: необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тижнів вагітності		випадки народження плодів/дітей з вродженими дефектами нервової трубки добова доза фолієвої кислоти складає 800 мкг
доцільності ведення щоденнику самопочуття до кінця вагітності	A	
раціонального харчування під час вагітності гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріоз, сальмонельоз, токсоплазмоз)	A	З особливим наголосом на: - відсутність необхідності рутинного прийому вітаміну D; - тератогенний ефект від прийому вітаміну А у дозі більш ніж 10 000 ОД на добу (А) - відсутність необхідності рутинного прийому полівітаміно-мінеральних комплексів (А)
здорового способу життя, включаючи: - припинення паління - вживання алкоголю - наркотичних речовин	A	
оптимальних умов праці під час вагітності	D	
внутрішньоутробного розвитку плода	D	
статевого життя протягом вагітності	B	Доцільне використання презервативу
фізичні вправи, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна	A	
необхідності відвідування школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером	A	
можливих загрозливих симптомів під час вагітності	A	
Скерування вагітної до дільничного терапевта за «Випискою з амбулаторної карти» ¹	B	
Заповнення вагітною інформованої згоди	B	

2-ий візит

(не пізніше 2 тижнів після 1-го візиту)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною	D	
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза	A	

¹ У випадку, якщо спостереження за вагітною здійснює сімейний лікар, така виписка заповнюється цим лікарем при першому візиті вагітної.

Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh-позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговоріть необхідність введення їй анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижні вагітності	A	
Обстеження вагітної: вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
лабораторне обстеження - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
УЗД в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода)	A	У випадку, коли результат УЗД є сумнівним або таким, який виявив будь-яку структурну аномалію плода, лікар УЗД негайно скеровує вагітну до лікаря, який веде її вагітність для вирішення питання про подальше ведення вагітності і повідомляє лікарю про виявлену патологію по телефону.
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	

3-й візит

(19-21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо результатів попереднього УЗД	D	У разі виявлення низької плацентації, крайового прикріплення плаценти необхідно провести додаткове УЗД в 32 тижні вагітності. При виявленні центрального передлежання плаценти, вагітну скеровують до акушерського стаціонару.
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	

вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
Направлення на обстеження: - тест на ВІЛ-інфекцію (другий, в 22-23 тижні вагітності)	A	
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	

4-ий візит
(25-26 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо: всіх отриманих результатів обстежень	D	
необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологам	A	
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Направлення на обстеження: - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 29 тижнів	C	
- серологічне дослідження на сифіліс (друге) в 29 тижнів	B	
- наявність резус-антитіл (при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)	A	Титри анти-резус антитіл визначаються тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого пербігу вагітності
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
- двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним	A	

Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.	D	
Надання вагітній адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою	D	
Призначення анти-резус імуноглобуліну	B	У 28-32 тижні вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові при Rh-позитивній крові у батька майбутньої дитини і відсутності антитіл у вагітної

5-ий візит
(30 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів	D	
Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів	A	
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності прийому препаратів заліза	A	
Обстеження вагітної: огляд та пальпація молочних залоз	A	
вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	

6-ий візит
(34 - 35 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час	Рівень	Коментарі
----------------------------------	--------	-----------

візиту	доказовості	
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень	D	
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Надайте адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди може звернутись жінка.	D	

7 -ий візит
(38 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідної рідини або появи можливих загрозливих симптомів; післяпологової контрацепції	D	
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надайте адреси		

пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	D	
---	---	--

8 -ий візит
(40 тижнів вагітності)

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості	Коментарі
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультація серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: -можливих дій при переношеній вагітності, -післяпологової контрацепції -адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою.	D	Переношена вагітність – вагітність, термін якої складає більш ніж 294 дні (42 тижні) від першого дня останньої менструації. Дослідження показали, що показники материнської захворюваності та смертності при неускладненій вагітності підвищуються після перевищення терміну вагітності більш ніж 42 тижні. Ризик народження мертвого плода у терміні вагітності 37 тижнів складає 1 на 3000, на 42 тижні – 3 на 3000, на 43 тижні – 6 на 3000. Жінкам з неускладненим перебігом вагітності індукцію пологів потрібно запропонувати після 41 тижня вагітності (A)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуттів вагітної	D	

9 – ий візит
(41 тиждень вагітності)

Що повинно бути зроблено під час	Рівень	Коментарі
----------------------------------	--------	-----------

візиту	доказовості	
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми	A	
вимірювання артеріального тиску	A	
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)	A	
вимірювання температури тіла	A	
огляд нижніх кінцівок	A	На наявність варикозно розширених вен
аускультация серцебиття плода	A	
Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	A	
Надання розгорнутої інформації щодо: -можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або «очікувальне» ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів) -післяпологової контрацепції. -адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою	A	Якщо вагітна обирає індукцію пологової діяльності –скеруйте її в пологовий стаціонар. Якщо вагітна обирає «очікувальну» тактику ведення – запропонуйте їй посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 42 тижня вагітності: КТГ 2 рази на тиждень, УЗД з визначенням кількості амніотичної рідини (А)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної	D	додаток 15

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. 5.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації. 5. Провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного курсанта на контрольне запитання	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Організація диспансерного спостереження за вагітними.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>2. Планування візитів вагітної до ЖК..</p> <p>3. Організація роботи школи відповідального батьківства.</p> <p>4. Визначення перинатального ризику при веденні вагітної.</p>		
1.	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p>	<p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p>	10 хв.
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, жіноча консультація, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення - лабораторні аналізи, апарат УЗД.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Методичні рекомендації щодо надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. В.К.Лихачов Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 720 с.
3. В.К.Лихачов Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей / В.К.Лихачев. – М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2013. – 840 с.

Контрольні питання:

1. Перерахуйте ознаки патологічного перебігу вагітності.
2. З якою кратністю здорова вагітна запрошується на огляд до гінеколога?
3. При якій патології вагітні спостерігаються разом із суміжними спеціалістами?
4. Що є показанням для огляду вагітної, яка спостерігається сімейним лікарем, акушером-гинекологом?
5. Вкажіть показання для негайної госпіталізації вагітної.
6. Правила ведення гравідограми.
7. В які терміни вагітності показано обстеження жінки на ВІЛ?
8. В які терміни вагітності показано обстеження жінки на сифіліс?
9. В які терміни вагітності показано обстеження жінки на наявність Rh-антитіл?
10. В які терміни вагітності та в яких випадках показано введення анти- Rh-антитіл?
11. В які терміни вагітності показано УЗД обстеження?
12. В якому терміні вагітності і за якими правилами видається декретна відпустка?

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Визначити зміни, які відбуваються в усіх системах організму вагітної.
2. Описати ознаки вагітності.
3. Скласти схему обстеження вагітної.
4. Визначити термін вагітності, дату пологів.
5. Описати принципи ведення вагітної в жіночій консультації.
6. Навести методи дослідження оцінки стану матері та плода.

Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна Н., 26 років звернулася в ЖК зі скаргами на набряки та головну біль при вагітності 38 тижнів. При обстеженні: АТ 140/100 мм рт ст. В яке відділення треба направити жінку?
 - А. відділення патології вагітних
 - Б. гінекологічне відділення
 - С. Неврологічне відділення
 - Д. Терапевтичне відділення

2. Першовагітна 33 років звернулася в ЖК в терміні вагітності 41-42 тижні. При огляді встановлена відсутність готовності до пологів, Має анемію вагітних легкого ступеню. Яка тактика ?
 - А. госпіталізувати у відділення патології вагітних
 - Б. госпіталізувати у пологове відділення
 - С. госпіталізувати у гематологічне відділення
 - Д. не рекомендувати госпіталізацію.

3. При якому терміні вагітності видається допологова відпустка жінці з екстрагенітальною патологією?
 - А. в 30 тижнів
 - Б. в 28 тижнів
 - С. в 32тижні
 - Д. в 34 тижні

4. При якому терміні вагітності видається допологова відпустка жінці, постраждалій при аварії на ЧАЕС?
 - А. в 28тижнів
 - Б. в 30 тижнів
 - С. в 32тижні
 - Д. в 34 тижні

5. В які терміни вагітності показано планове УЗД обстеження здорової вагітної?
 - А. в 11-13 та 20-21 тижні
 - Б. в 10-14 та 33-34 тижні
 - С. в 7-8 та 20-21 тижні
 - Д. в 18-19 та 33-34 тижні