

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:	Ведення вагітності і пологів у жінок із патологією дихальної системи (код курсу 6.4)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань дихальної системи.

III. Об'єм нової інформації

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Зміни органів дихання під час фізіологічної вагітності.
3. Перебіг вагітності у жінок із патологією органів дихання.
4. ведення вагітності у жінок із патологією органів дихання я.
5. Протипоказання для виношування вагітності жінкам із патологією органів дихання.

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 патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. 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 легкого ступеню.
4. Обладнання і інструменти для гінекологічного обстеження породіллі.

VI. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан. +	овол. +
1.	Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією		+	
2.	Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації		+	
3.	Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

1. Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
2. Самоконтроль лікаря-курсанта.
3. Вирішення ситуаційних задач.
4. Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання?
4. Особливості ведення вагітності у жінок з бронхітами.
5. Особливості ведення вагітності у жінок з пневмонією.
6. Особливості ведення вагітності у жінок з ХОЗЛ.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.

2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби - у 22-26 тижнів (період частого розвитку преєклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань - у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету - на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології - не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів - не рідше одного разу на тиждень.

ВАГІТНІСТЬ І ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Захворювання органів дихання зустрічаються у вагітних з тією же частотою, що і у невагітних репродуктивного віку. Найпоширенішою патологією з боку дихальної системи є бронхіти, пневмонії, бронхіальна астма. Однієї з особливостей сполучення хвороб органів дихання та вагітності є народження дітей із клінічними ознаками внутрішньоутробної інфекції, синдромом затримки розвитку плода. Для рішення питання про прогноз вагітності необхідно враховувати характер і стадію захворювання, наявність гнійно-септичних ускладнень, стан функції зовнішнього дихання та газообміну, виразність дихальної і серцевої недостатності.

Бронхіти

У вагітних частіше розвивається первинний бронхіт інфекційної, вірусної етіології, часто сполучається з ларингітом, гострою респіраторно-вірусною інфекцією, астматичними станами. Бронхіти ділять на гострі і хронічні. Факторами ризику виникнення бронхітів є переохолодження, а також професійні шкідливості.

Основні **клінічні ознаки** - нездужання, кашель, біль у грудях, погане відходження мокротиння через набряк слизуватої оболонки бронхів, властиве періоду вагітності. Хронічні процеси перебігають довгостроково з періодами загострень і демісій.

Лікування проводять сумісно з терапевтом. Звичайно вживають часте тепле питво (чай з медом і лимоном, липовий чай), інгаляції лужних розчинів, відвари трав (кореня алтея), мікстуру з термопсиса.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіти не є протипоказанням до вагітності та пологів. Пологи у хворих неускладненим бронхітом перебігають без ускладнень. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізiotомія, акушерські щипці). У післяпологовому періоді підвищена частота гнійно-септичних ускладнень.

Гостра пневмонія

У вагітних пневмонія перебігає більш важко у зв'язку із зменшенням дихальної поверхні легенів, високим стоянням діафрагми (обмежує екскурсію легенів), додатковим навантаженням на серцево-судинну систему.

Клініка. Початок хвороби поступовий, в деяких випадках може бути гострим. Основні скарги: кашель із невеликою кількістю мокротиння, загальна слабкість, головний біль. Визначається помірне тахипное,

притуплення перкуторного звуку над обмеженою ділянкою легенів, визначення хрипів при аускультації легенів. Діагностику та лікування проводять сумісно з терапевтом, питання про необхідність рентгенологічного дослідження вирішують шляхом консіліуму.

Лікування. Застосовують антибактеріальну терапію. При виборі антибіотику керуються чутливістю мікрофлори. Показаний також масаж грудної клітини, дихальна гімнастика, оксигенотерапія.

Ведення вагітності та пологів. При появі ознак пневмонії незадовго до пологів треба по можливості відстрочити розвиток пологової діяльності, тому що пологовий акт небезпечний у зв'язку із впливом токсико-інфекційних факторів на нервову і серцево-судинну системи. Виражена дихальна недостатність на тлі пневмонії під час пологів є показанням до скорочення другого періоду пологів (епізiotомія, акушерські щипці)

Бронхіальна астма

У вагітних бронхіальна астма є одним з найпоширеніших захворювань легенів. Бронхіальна астма - алергійне захворювання, пов'язане з розвитком у дихальних шляхах хронічного запального процесу з явищами обструкції і появою респіраторних симптомів. Вплив бронхіальної астми на перебіг вагітності і стан плода в більшості жінок несприятливий, високий ризик розвитку прееклампсії, аномалій пологової діяльності, стрімких пологів.

Клініка. Виділяють переастанму (хронічний астмоїдний бронхіт, хронічна пневмонія із бронхоспазмом), напади задухи, астматичний стан. По частоті появи нападів і ступеня ефективності лікування бронхіальну астму ділять на легку, середню і важку. Астматичний статус - це найбільш важкий стан, при якому важку асфіксію не вдається лікувати протягом декількох годин.

Лікування. Вагітні, хворі на бронхіальну астму повинні перебувати на обліку у терапевта жіночої консультації. Необхідно усунути фактори ризику загострення захворювання: переохолодження, алергени в побуті та у їжі, професійні шкідливості. Для запобігання нападів задухи застосовують бронхолітичні препарати у вигляді інгаляцій і таблеток: ізадрин (1—2 вдихи з інгалятора) або алуцент (астмопент) — по 0,02г під язик. При легкому нападі задухи одночасно призначають гаряче питво, гірчичники або банки.

При більш важких нападах задухи лікування хворих з астматичним станом обов'язково проводять у стаціонарі: внутрішньовенно вводять 10мл 2,4% розчину еуфіліну, при серцевій недостатності додають коргліккон, дають кисень, призначають антибіотики. У випадку недостатнього ефекту лікування проводять в умовах реанімаційного відділення.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіальна астма не є протипоказанням до вагітності. Повторні напади задухи, астматичні стани і явища легенево-серцевої недостатності є показаннями до дострокового розродження.

Пологи звичайно перебігають через природні пологові шляхи. У пологах варто продовжувати бронхолітичну терапію. Важка дихальна і легенево-серцева недостатність служать показанням для кесарева розтину.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
3. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.
4. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
6. Лихачев В.К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. – Полтава: Соломия, 2002. – 256с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
8. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
11. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва, Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю. 2010. - 321 с.