

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 ЛЕКЦІЇ**  
**ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**  
**І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Аntenатальна охорона плода та імунологічні взаємини матері і плода. Імуноконфліктна вагітність</b> (код курсу 6.1)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Серед найважливіших проблем практичного акушерства одне з перших місць посідає проблема імунології вагітності. Вже з перших тижнів вагітності між зародком та материнським організмом виникають складні імунологічні взаємозв'язки, які багато в чому визначають розвиток плоду та новонародженої дитини. В ряді випадків імунологічна несумісність між матір'ю та плодом стає причиною тяжких порушень плодового та постнатального періоду, супроводжуючись певним відсотком перинатальної захворюваності та смертності.

## II. Навчальні цілі лекції

*Донести до інтернів наступні знання:*

1. Поняття термінів "ізоімунізація", "гемолітична хвороба плода та новонародженого".
2. Причини розвитку імунологічного конфлікту.
3. Патогенез ізоімуного конфлікту
4. Методи діагностики ізоімуного конфлікту в антенатальному та постнатальному періоді.
5. Форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода та новонародженого.
6. Методи лікування гемолітичної хвороби плода та новонародженого.
7. Алгоритм ведення вагітності та пологів при ізоімуному конфлікті.
8. Специфічну профілактику резус-сенсibiliзації
9. Оцінювати результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку імуного конфлікту.
10. Оцінювати результати УЗД при імуному конфлікті.
11. Проводити оцінку функціонального стану плода.
12. Визначати тактику ведення вагітності при імуному конфлікті.
13. Визначати термін і тактику розродження при імуному конфлікті.
14. Визначати терміни проведення специфічної профілактики імуного конфлікту.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з ізоімунізацією.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування механізмів імунологічного захисту організму в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Характеристика груп крові по системі АВО та резус-фактору, механізмів дії гемолізінів та аглютининів	Визначати групу крові по системі АВО.

<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку гемолітичної хвороби новонародженого.	Давати оцінку динаміці розвитку гемолітичної хвороби новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки ГХН.	

## У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<b><i>Підготовчий етап</i></b> Визначення актуальності теми  Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<b><i>Основний етап</i></b> Викладення лекційного матеріалу за планом:  1. Сутність ізоімунації. 2. Характеристика антигенів еритроцитів плода. 3. Фактори ризику виникнення ізоімунації по системі АВО та резус. 4. Діагностика ізоімунації. 5. Профілактика резус-імунації. 6. Постнатальна діагностика ГХ новонародженого. 7. Лікування ГХН. 8. Реабілітація дітей, що перенесли ГХН.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<b><i>Заключний етап</i></b> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури  ЗАПИТАННЯ	10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ІМУННИМИ КОНФЛІКТАМИ

Ізоімунізація — одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та приводить до тяжких порушень стану плода і немовляти.

Найчастіше зустрічаються:

- ізоімунізація по резус (Rh)-фактору;
- ізоімунізація по АВ0-системі.

#### 1. ІЗОІМУНІЗАЦІЯ ПО Rh- ФАКТОРУ

**Rh-ізоімунізація** – гуморальна імунна відповідь на еритроцитарні антигени (Аг) плода Rh-групи, включаючи Сс, Dd і Ee (кодуються Rh-алелями). Антитіла (Ат), які утворилися, проникаючи через плаценту, викликають екстраваскулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода Ат жінки і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластозу плода.

##### 1.1. Фактори ризику:

- штучний аборт в анамнезі;
- самовільний аборт в анамнезі;
- переливання Rh-позитивної крові в анамнезі;
- позаматкова вагітність;
- відсутність специфічної профілактики Rh-конфлікту після завершення попередньої вагітності;
- наявність Rh-конфлікту при попередніх вагітностях.

##### 1.2. Ризик ізоімунізації збільшують:

- відшарування плаценти;
- оперативні втручання (ручне відділення плаценти, кесарський розтин, амніоцентез) в анамнезі або під час даної вагітності;
- вірусна інфекція (герпетична, цитомегаловірусна).

**2. АВ0-конфлікт розвивається** за умови існування несумісного поєднання груп крові матері і плода та при наявності у матері Ат до еритроцитів групи крові плода. Групі Ат можуть утворюватися в організмі матері до вагітності у відповідь на проведену гемотерапію, введення вакцин та лікувальних сироваток, при контакті матері з бактеріями, що містять антигенні фактори А і В.

Аг плода А і В викликають підвищене вироблення  $\alpha$ - чи  $\beta$ -Ат. Найчастіше імунна несумісність виявляється при наявності у матері 0(1) групи крові, а у плода А(II), рідше В(III) або АВ(IV). У випадку імунного конфлікту по АВ0-системі у крові матері з'являються  $\alpha$ - чи  $\beta$ -Ат: аглютиніни та гемолізینی. Ізоімунізація по системі АВ0 може бути причиною гемолітичної хвороби (ГХ) немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі АВ0 еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому Ат не встигають синтезуватися.

Обстеження вагітних на групові імунні Ат доцільне у жінок зі звичним невиношуванням, антенатальною загибеллю плода в анамнезі.

AB0-несумісність пом'якшує перебіг вагітності при Rh-конфлікті. Rh-конфлікт частіше виникає, якщо вагітна і плод мають однакові чи сумісні по системі AB0 групи крові.

### **3. Діагностика ізоімунного конфлікту.**

**3.1. Анамнез:** переливання крові без урахування Rh -належності, аборти, мертвонародження чи народження дітей з ГХ, відомості про специфічну профілактику ізоімунації при попередніх вагітностях.

**3.2. Визначення титру Rh -Ат** у динаміці з ранніх термінів вагітності (див. п. 4.1.1.). Зростання та нестабільність титру Rh -Ат свідчать про Rh-конфлікт. При титрі 1:32 і вище ГХ зустрічається частіше, ризик внутрішньоутробної загибелі плода високий.

**3.3. Визначення групових Ат** проводять у вагітних з 0(I) групою крові, які мають в анамнезі самовільні аборти, мертвонародження, смерть немовлят від ГХ.

#### **3.4. Діагностика ГХ плода.**

**3.4.1. Ультразвукове сканування дає можливість встановити ознаки ранньої водянки плода і водянки плода, що розвинулася**

##### ***Ознаки ранньої водянки плода:***

- полігідрамніон;
- гепатоспленомегалія.

##### ***Ознаки водянки плода, що розвинулася:***

- збільшення ехогенності кішківника плода;
- кардіомегалія і перикардіальний випіт;
- асцит і гідроторакс;
- набряк шкіри голови і кінцівок;
- незвичайна поза плода "поза Будди";
- зниження рухової активності;
- потовщення плаценти.

У вагітних групи ризику по виникненню Rh конфлікту УЗД проводять:

- до 30 тижнів вагітності 1 раз на місяць;
- після 30 тижнів 2 рази на місяць;
- при появі ознак ураження плода кожний день до розродження.

**3.4.2. Кардіотокографія** виявляє ознаки хронічної гіпоксії плода та зниження компенсаторної здатності фетоплацентарного комплексу.

**3.4.3. Трансабдомінальний амніоцентез** виконують у термін після 26 тижнів вагітності. Питання про необхідність амніоцентезу вирішують у залежності від титру Ат та даних анамнезу. При наявності показань до амніоцентезу жінка направляється до закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

##### ***Показання до амніоцентезу:***

- титр Ат дорівнює чи перевищує 1:64;
- наростання титру у 4 рази при повторному дослідженні через 2 тижні ;
- наростання титру Ат і УЗД ознаки ГХ плода;
- мертвонародження, народження дітей з ГХ в анамнезі і УЗД ознаки ГХ плода.

##### ***Противоказання:***

- загроза передчасних пологів;
- лихоманка.

Дослідження амніотичної рідини дозволяє оцінити тяжкість анемії у плода.

У разі розвитку ГХ плода підвищення концентрації білірубіну у навколоплодових водах та зростання показника оптичної щільності навколоплодових вод (ОЩНВ) відображує ступінь тяжкості ГХ. Якщо ОЩНВ 0,1 і нижче, то вагітність можна пролонгувати до пологів у строк. При ОЩНВ 0,15 і вище розпочинають підготовку до розродження.

**Таблиця. Стан плода та загальний показник ОЩНВ при довжині хвилі 450 нм та вміст білірубину в амніотичній рідині.**

<b>Загальний показник ОЩНВ 450</b>	<b>Вміст білірубину в амніотичній рідині, мг/л</b>	<b>Стан плода</b>
0,15-0,20	0-2,8	<i>Ризик розвитку ГХ плода низький</i>
0,21-0,34	2,9-4,6	Ризик розвитку ГХ плода помірний
0,35-0,70	4,7-9,5	Ризик розвитку ГХ плода високий
Більше 0,70	Більше 9,5	Ризик розвитку ГХ вкрай високий

**3.4.4. Кордоцентез** — взяття крові з пуповини плода через передню черевну стінку жінки (проводять у закладі охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги при наявності підготовлених спеціалістів згідно з наказом МОЗ від 31.12.03 № 691/84 “Про удосконалення медико-генетичної служби в Україні”).

*У пуповинній крові плода визначають:*

- гемоглобін та гематокрит;
- групу крові та Rh-фактор;
- рівень білірубину;
- кількість ретикулоцитів;
- сироватковий білок;
- Ат, фіксовані на еритроцитах плода.

**При Rh-негативній крові у плода необхідності в подальших дослідженнях немає.**

### **3.5. Постнатальна діагностика ГХ новонародженого**

У крові із судин пуповини плода проводять визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубину. Швидкість погодинного наростання рівня білірубину, рівень Hb і Ht. Постановка прямої реакції Кумбса здійснюється із периферичної крові плода.

## **4. Тактика ведення вагітності і пологів (див. алгоритм).**

### **4.1. На етапі жіночої консультації:**

Визначають титр Rh-Ат у крові при першому відвідуванні, у 20 тижнів, у подальшому кожні 4 тижні.

У разі наявності у вагітної 0(I) групи крові визначають групу крові чоловіка для виявлення групи ризику немовляти по АВ0-конфлікті.

Вибір тактики ведення вагітних з ізоімунізацією по Rh-фактору представлений у алгоритмі (мал. 2).

### **4.2. На етапі акушерського стаціонару.**

Розродження вагітної з Rh-негативним типом крові за умови наявності ізоімунізації проводиться достроково у залежності від рівня титру Ат у крові вагітної.

### **Показання до дострокового розродження при Rh-конфлікті:**

1. Титр Ат дорівнює чи перевищує 1:64 (критичний рівень);
2. Наростання титру при повторному аналізі у 4 рази;
3. ОЩНВ 0,35-70 і вище; концентрація білірубину в амніотичній рідині 4,7-9,5 мг/л;
4. УЗ ознаки ГХ у плода;
5. Мертвонародження та народження дітей із ГХ в анамнезі.

Відразу після народження дитини пуповину перетискають та відтинають з метою уникнення попадання Rh-Ат у кровотоки немовляти, плацентарний кінець пуповини не перетискають (для зниження ризику та об'єму фетоматеринської трансфузії). При кесарському розтині плаценту рукою не відокремлюють.

## **5. Профілактика Rh-імунізації:**

### **5.1. Профілактика під час вагітності при відсутності імунізації вагітної.**

Проводиться шляхом в/м введення 1 дози (300 мкг) анти-Rh<sub>0</sub> (Д) імуноглобуліну, який дозволено використовувати під час вагітності:

- у термін вагітності 28-32 тижнів;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріону;
- після видалення міхурного заносу;
- після позаматкової вагітності;
- після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборту);
- після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;
- після переливання тромбоцитарної маси;
- у клінічних ситуаціях, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровоток матері:
  - відшарування плаценти, чи маткова кровотеча (неясної етіології);
  - травма матері (наприклад, автомобільна катастрофа).

У терміні вагітності до 13 тижнів доза анти-Rh<sub>0</sub> (Д) імуноглобуліна складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів – 300 мкг.

### **5.2. Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини:**

впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh<sub>0</sub> (Д) імуноглобуліну.

### **5.3. Протипоказання до введення анти-Rh<sub>0</sub> (Д) імуноглобуліну:**

Відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини.

**Профілактика ГХ по системі АВ0 під час вагітності не проводиться!  
Неспецифічна медикаментозна профілактика та лікування Rh-конфліктної вагітної не проводяться!**

### **Лікування ГХН комплексне:**

1. Фототерапія ( лікування світлом ) у безперервному, або імпульсному режимі, що сприяє руйнуванню непрямого білірубіну, починають з першого дня життя до зникнення жовтяниці.
2. Фенобарбітал або заксорин по 10 мл 3 рази на протязі 3-5 днів для покращення білірубінзв'язуючої функції печінки.
3. Інфузійна терапія з першого дня до стійкого зменшення рівня непрямого білірубіну. В/в крапельно : неогемодез 8-10 мл/кг, 5-10% р-н глюкози 8-10мл/кг, р-н альбуміну 10-20% 5-8 мл/кг, плазма 8-10 мл/кг.
4. Антиоксидантна терапія : віт.Е 20-30% по 0,2 мл в/м, есенціале 1/4 капсули 2 рази в день, рибофлавін( віт.В2) 0,025г 2 рази та кальцію пангамат ( віт.В5)-0,025г 2 рази. При набряковій формі проводять дегідратаційну терапію ( лазикс 0,1 мл/кг, р—н маніту 15% по 10 мл/кг).

### **Показання до замінного переливання крові :**

1. Наявність жовтяниці одразу ж після пологів і в перші години життя.
2. Вміст непрямого білірубіну у пуповинній крові 68,14 ммоль/л і більше.
3. Погодинний приріст білірубіну у перші години життя на 6,8 ммоль/л і більше.
4. Низький рівень гемоглобіну ( 150 г/л і менше ) і гематокриту ( 40% і менше ) при народження. При резус - конфлікті використовують одноступінчасту резус-негативну донорську кров. При груповому ізоімунному конфлікті - еритроцитарну масу О (І) групи сумісну по резус-фактору дитини.

### **Техніка замінного переливання крові:**

Спершу вводять 5-8 мл плазми або 10% р-ну альбуміну.( для мобілізації гемоглобіну з тканин у судинне русло ). Кров виводять і вводять по 20 мл повільно. Після кожних 100 мл крові донора вливають 2 мл 10% р-ну глюконату кальція і 2 мл 5% р-ну глюкози. Загальний об'єм крові 150 мл/кг маси дитини.

#### **Профілактика резус - сенсibiliзації:**

- 1.Переливання крові з урахуванням Rh-належності.
- 2.Необхідність збереження першої вагітності.
- 3.Введення 200 мкг антирезус-імуноглобуліну у перші 48 годин після пологів, абортів, позаматкової вагітності жінкам у яких відсутні Rh-антитіла ( як правило першовагітним ). При кесарському розтині, ручному відділенні плаценти дозу слід збільшити в 2 рази.

#### **Термінологія :**

Anemia haemolítica – гемолітична анемія

Ichterus – жовтяниця

Hydrops fetus – водянка плода

## **VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції**

### ***Питання***

1. Яке визначення термінів "ізоімунізація", "гемолітична хвороба плода та новонародженого"?
2. Які причини розвитку імунологічного конфлікту?
3. Який патогенез ізоімуного конфлікту?
4. Які методи діагностики ізоімуного конфлікту в антенатальному періоді?
5. Які форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода?
6. Яка акушерська тактика і методи лікування гемолітичної хвороби плода?
7. Які методи діагностики ізоімуного конфлікту в постнатальному періоді?
8. Які форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби новонародженого?
9. Які методи лікування гемолітичної хвороби новонародженого?
10. Який алгоритм ведення вагітності у Кп-негативних не імунізованих жінок?
11. Який алгоритм ведення вагітності у КИ-негативних жінок при ізоімунізації?
12. Яка специфічна профілактика резус-сенсibiliзації?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі лекції***

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку імуного конфлікту.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при ізоімуному конфлікті.
3. Оцінити результати УЗД при імуному конфлікті.
4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити тактику ведення вагітності при імуному конфлікті.
6. Визначити термін і тактику розродження при імуному конфлікті.
7. Визначити терміни проведення специфічної профілактики імуного конфлікту.

### ***Тестові завдання***

1. До жіночої консультації звернулась вагітна В., 24 років. Вагітність перша, 18 тижнів. Соматично здорова, гінекологічних захворювань не мала. Перебіг вагітності до звернення в консультацію без особливостей. У вагітної А(П) група крові, Кп-



негативна. У її чоловіка - В(Ш) група крові, КИ-позитивна. При лабораторному обстеженні у вагітної виявлені анти-Кп -антитіла в титрі 1:8.

Визначте тактику ведення вагітності.

*Правильна відповідь:* Повторне визначення антитіл кожні 4 тижні.

2. У новонародженої дитина від роділлі з резус-негативним типом крові виявлена жовтяниця, в пуповинній крові Нв - 150 г/л, білірубін - 85,5 мкмоль/л. Який ймовірний діагноз?

*Правильна відповідь:* Гемолітична хвороба новонароджених, анемічно-жовтянична форма.

3. Вагітна 26 років, знаходиться у відділенні патології вагітних з діагнозом: вагітність І, 36 тижнів, резус-ізоімунізація. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено: плід один, положення повздовжнє, головне передлежання. Розміри плода відповідають 36-37 тижням вагітності. На голівці плода подвійний контур, кількість амніотичної рідини збільшена, плацента завтовшки 5,5 см, з деструктивними змінами. При КТГ дослідженні - оцінка 6 балів. В крові вагітної титр анти-Кп -антитіл дорівнює 1:128.

Яка тактика ведення вагітності?

- A. Консервативне ведення до 38 тижня вагітності з наступним родозбудженням.
- B. Дострокове розродження оперативним шляхом\*
- C. Амніоцентез для визначення оптичної щільності білірубіну
- D. Введення анти Rh-- імуноглобуліну

4. Вагітна 25 років, О(І) групи крові, Кп-негативна, наглядається в жіночий консультатії з приводу вагітності 30 тижнів, резус-ізоімунізація, титр антитіл дорівнює 1:16. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено, що ознак гемолітичної хвороби плода нема. Стан плода задовільний.

Як часто потрібно проводити повторне УЗ-дослідження?

- A. Один раз на тиждень
- B. Один раз на два тижні\*
- C. Один раз на три тижні
- D. Один раз на чотири тижні

#### Ситуаційні задачі :

**Задача 1 .** У вагітної М. з А(ІІ) Rh-негативним типом крові в анамнезі переливання крові в дитинстві від її матері без урахування резус-належності. У терміні вагітності 28 тижнів при УЗД визначена набрякла, збільшена до 45 мм плацента. Титр антитіл 1:8.

Запитання :

- 1. Попередній діагноз ?
- 2. Які додаткові методи обстеження слід призначити ?
- 3. Яка тактика ведення вагітності ?
- 4. Яке лікування слід призначити ?

**Задача 2.** У зв'язку із збільшенням титру антитіл у терміні вагітності 35-36 тижнів було проведено пологозбудження. Народився хлопчик з оцінкою по шкалі Апгар 6-7 балів із жовтяничним забарвленням склер, шкіри обличчя, пуповини. У пуповинній крові рівень Нв-150г/л, білірубіну - 86,7 ммоль/л ( за рахунок непрямого).

Запитання :

1. Ваш діагноз ?
2. Призначте лікування новонародженого.
3. Яку кров слід замовити у разі необхідності замінного переливання ?

**Еталони відповідей на ситуаційні задачі:**

**Задача 1.**

1. Вагітність 28 тижнів. Ізосенсибілізація по Rh-фактору.
2. Кардіотокографія, ультразвуковий біопрофіль, амніоскопія, діагностичний амніоцентез.
3. Лікування ізосенсибілізації в умовах стаціонару. Моніторне спостереження за станом плода.

Повторне визначення рівня антитіл у сироватці крові матері.

4. Інфузійна терапія: реополіглюкін, неогемодез, р-г глюкози 5% - 500,0 з 5 мл 5%-р-ну аскорбінової кислоти. Мембраностабілізуюча терапія : лімфоцитотерапія, спленін, екстракт плаценти, підсадка шкірного клаптя. Сорбційні методи : плазмоферез, ентеросорбція.

**Задача 2.**

1. Гемолітична хвороба новонародженого. Жовтянична форма, II ступінь важкості.
2. Призначення :
  - фототерапія;
  - заксорин ( фенобарбітал ) 10мг×3р.
  - інфузійна терапія;
  - замінне переливання крові;
3. Одногрупну Rh- негативну, 150 мл/кг.

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **А. По темі викладеної лекції «Аntenатальна охорона плода та імунологічні взаємини матері і плода. Імуноконфліктна вагітність»**

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.- 720 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та Наказ неонатологічної допомоги в Україні».
4. МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
5. Акушерство / Учебный курс для врачей, разработанный группой международных экспертов под эгидой USAID /А. Vacci, N. Berdzuli, G. Gori et al. – Киев, 2006. – 197с.
6. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
8. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

### **Б. По темі наступної лекції «Невиношування вагітності у різні терміни гестації. Профілактика передчасних пологів»**

**Питання**

1. Що містить у собі поняття "невиношування вагітності", "самовільний аборт"?

2. Які причини невиношування вагітності?
3. Які фактори ризику невиношування вагітності?
4. Який патогенез невиношування вагітності?
5. Яка класифікація самовільних абортів?
6. Які клініка і методи діагностики загрозливого аборту?
7. Яка тактика ведення загрозливого аборту ?
8. Які методи лікування загрозливого аборту?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого аборту?
10. Які клініка і діагностика аборту в ходу?
11. Яка тактика ведення аборту в ходу?
12. Які клініка і діагностика неповного аборту?
13. Яка тактика ведення неповного аборту?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного аборту?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення аборту, що не відбувся?
16. Які методи реабілітації репродуктивної функції після мимовільного аборту?
17. Яке визначення поняття «звичний аборт»?
18. Який обсяг обстежень при звичному невиношуванні вагітності?
19. В чому полягає прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні вагітності?
20. Які методи лікування звичного невиношування?
21. Які методи профілактики невиношування вагітності.

***Рекомендована література по темі наступної лекції***

1. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет. -М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
2. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2007 - 111с.
3. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с..
4. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/-Медицинское информационное агентство Москва, 2010.- 720 с.
5. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.(невиношування вагітності).
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с. .(невиношування вагітності).
8. Ліхачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

**Методичну розробку лекції підготував зав. кафедри акушерства і гінекології № 2 професор В.К.Ліхачов.**

**10.09.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 2 від 22 вересня 2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**