**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

 **«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Аборт та його ускладнення.»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

 **рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

 **ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 10 від 03.01.2024 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методичні вказівки для студентів IV курсу медичного факультету №2 з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 04.01.2023**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 03.01.2024**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Тема. Аборт та його ускладнення.**

 **1. Науково-методичне обґрунтування теми.**

Незважаючи на позитивну динаміку зниження частоти абортів в Україні, вони все ще залишаються одним із методів регуляції народжуваності. Небажана вагітність у 85-92% закінчується штучним перериванням вагітності (абортом) за бажанням жінки. Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація, кюретаж та ін.), є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків. Використання нових науково обґрунтованих технологій переривання небажаної вагітності дають можливість створити безпечні умови надання жінці медичної допомоги і зберегти її репродуктивне здоров'я.

**2. Навчально-виховні цілі**

 **З*нати:*** ознаки вагітності, ранні та пізні ускладнення аборту,передабортне консультування, яке потрібне обстеження перед процедурою аборту, тести на визначення вагітності, хірургічні методи переривання вагітності;виконання МВА, ускладнення хірургічного переривання вагітності;

 **В*міти:*** провести діагностику та визначити термін вагітності,провести консультування щодо переривання небажаної вагітності, провести диференційну діагностику між вагітністю, що завмерла, та тою, що розвивається, скласти алгоритм ведення жінок з ускладненнями після аборту;

**3. Вихідні і базові знання**

**АНАТОМІЯ:** Анатомічні особливості жіночих статевих органів під час вагітності, анатомія плода. Вимірювання розмірів жіночого тазу.

**НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ:** Фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки.

**ГІСТОЛОГІЯ:** Гістологічна структура жіночих статевих органів під час вагітності, запліднення.

 **Аборт та його ускладнення.**

**Аборт (викидень)** - будь-яке переривання вагітності до терміну, при якому плід стає життєздатним.

 За визначенням ВООЗ, **аборт (викидень) -** це переривання вагітності (мимовільне вигнання або видалення ембріона/плода) у період до 22 тижнів вагітності або до досягнення плодом маси тіла, рівної 500 грам.

Розрізняють артифіціальний аборт (штучне переривання вагітності будь - яким методом, що проводять до 12 тижнів вагітності), переривання вагітності за показанням (від 12 до 22 тижнів вагітності),самовільний аборт, вагітність, яка не розвивається (вагітність, що завмерла).

Вагітність, що не розвивається - стан, при якому в порожнині матки присутнє яйце з ембріоном, що припинив свій розвиток.

**Самовільний аборт поділяється**:

- ранній самовільний аборт - до 16 тижнів;

- пізній самовільний аборт - від 17 до 22 тижнів вагітності.

Приблизно 75% самовільних викиднів відбуваються до 16 тижнів вагітності.

 Згідно з класифікацією аборти діляться на типи:

- спонтанний;

- індукований.

 **Стадії спонтанного аборту:**

- загрожуючий,

- аборт в ходу,

- неповний,

- повний.

 **Безпечний аборт** - процедура, що виконується підготовленими медичними працівниками з використанням відповідного обладнання, правильної техніки та санітарних норм.

**Медичний (штучний) аборт** – переривання вагітності, викликане впливом безпосередньо на плідне яйце, матку, організм вагітної (**Шифр МКХ 10O 04).**

 **Хірургічні методи переривання вагітності (хірургічний аборт) -** використання трансцервікальних процедур переривання вагітності, включаючи вакуум - аспірацію (ВА), дилятацію та кюретаж, дилятацію та евакуацію.

 Відповідно до рекомендації ВООЗ перед хірургічним абортом всім жінкам слід проводити підготовку шийки матки з використанням:

- Осмотичних дилятаторів (палички ламінарії. синтетичні дилятатори, губка сульфату магнію);

- фармакологічних препаратів (мізопростол та міфепристон).

Аборти, які виконуються із застосуванням небезпечних методик (дилатація та кюретаж та інше) є причиною ускладнень, що негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та завдають значних економічних збитків.

Для запобігання помилок при визначенні термінів вагітності необхідно:

- зібрати анамнез;

- зробити тест на вагітність;

- виконати бімануальне обстеження;

- додатково використати УЗД.

**Тест на b- ХГЛ:**

b- ХГЛ - тест на наявність вагітності. Він з'являється через 5-7 днів після запліднення. Його рівень подвоюється через кожні 2 дні у перші шість тижнів, досягаючи максимального рівня між 10-12 тижнями, потім поступово знижується.

**1. Обсяг обстеження для проведення медичного аборту:**
1.1. Анамнез:
\* визначення першого дня останньої менструації;
\* болючість та нагрубання молочних залоз;
\* нудота та блювання;
\* стомлюваність;
\* зміна апетиту
\* збільшення частоти сечовипускання.

1.2. Об’єктивний огляд:
\* бімануальне дослідження;
\* виключення ІПСШ та соматичних захворювань;
\* огляд шийки матки.

1.3. Лабораторне обстеження:
\* аналіз крові на RW
\* у першовагітних визначають резус приналежність;

\* визначення ступеня чистоти вагінального вмісту та особливостей мікробіоценозу піхви

\* цитологічне дослідження мазка із шийки матки
(при першому звернені у поточному році);

\* тестування на ВІЛ за добровільною згодою після проведеного дотестового консультування.

 Ультразвукове дослідження проводять у випадках, коли необхідно виключити позаматкову вагітність у терміні до 6 тижнів вагітності.

*УЗД дозволяє:*

- підтвердити факт вагітності;

- визначити маткова чи позаматкова вагітність;

- уточнити термін вагітності;

- з'ясувати локалізацію плідного яйця (хоріона);

- особливості вагітності;

- оцінити стан шийки матки, матки, придатків.

 **Для всіх видів переривання вагітності факторами ризику є:**
\* захворювання крові;
\* алергічні реакції на медикаменти­
\* регулярний прийом лікарських засобів;
\* у випадку діагностування ІПСШ-лікування та санація.

**Протипоказання для медикаментозного переривання вагітності з застосуванням міфепристону та мізопростолу:**

\* термін з першого дня останньої менструації понад 49 днів;
\* надниркова недостатність;
\* тяжка форма бронхіальної астми;
\* алергія до препаратів міфепристону та мізопростолу;­
\* протипоказання до застосування простагландинів;
\* серцево - судинні захворювання;
\* паління: понад 10 сигарет на день жінками віком понад 35 років;

\* ниркова недостатність;

\* захворювання печінки

\*грудне вигодовування.

Консультування в зв'язку з небажаної вагітністю проводиться у три етапи:

\* перед абортом (з моменту звернення з приводу небажаної вагітності);

\* під час процедури/операції;

\* після аборту.

Залежно від характеру послуг, що надаються жінкам, вони можуть здійснюватись послідовно в жіночій консультації, гінекологічному відділенні, центр/кабінеті планування сім'ї.

**Передабортне консультування - це добровільне конфіденційне консультування спеціалістом щодо:**

1) усвідомленого, поінформованого вибору рішення перервати вагітність;
2) особливостей операції переривання вагітності, можливих ускладнень та рекомендацій, пов’язаних­ з абортом;

3) післяабортної контрацепції та послуг з планування сім’ї.

**2. Методи виконання штучного аборту до 12 тижнів вагітності:**

\* вакуум - аспірація порожнини матки (затримка менструації не більше 20 днів);

\* дилатація шийки матки та вишкрібання стінок матки (кюретаж) (вагітність у терміні до 12 тижнів);

\* медикаментозний­ аборт (до 49 днів з першого дня останньої менструації).

2.1. Підготовка шийки матки

­Підготовка шийки матки перед інструментальною евакуацією плідного яйця із порожнини матки проводиться в усіх випадках.

Пріоритетними групами є:

1) жінки які мають аномалії розвитку шийки матки;

2) попередні операції та втручання на шийці матки;

3) вагітні дівчатка-підлітки,які мають високий ризик травмування та кровотеч під час аборту.

Призначається: мізопростол 400 мкг вагінально – за 3-4 години до операції або мізопростол­ 400 мкг перорально за 3-4 години до операції (А), або інші засоби при наявності протипоказань до використання простагландинів.

**Знеболення під час проведення аборту.**

Медикаментозне знеболення проводиться в усіх випадках виконання

операції аборту. Для цього застосовуються три типа медикаментозних ­засобів - окремо або в комбінації: анальгетики, транквілізатори, анестетики.

Ненаркотичні анальгетики – нестероїдні протизапальні препарати – сприя­ють зменшенню больових відчуттів. При виконанні вакуум - аспірації порожнини матки використовуються для знеболення:

1) локальна анестезія - парацервікальна блокада в 4 точки з використанням анестетику типу лідокаїну (після проведення проби на індивідуальну переносимість) перед виконанням механічного розширення цервікального каналу;

 **Використання локальної анестезії з вакуум - аспірацією є найбільш безпечним та ефективним методом виконання штучного аборту**

2) аналгезія;

 3) легка седація.

 При виконанні штучного аборту з використанням техніки дилатації та кюретажу застосовується глибока або легка седація, аналгезія та/або локальна анестезія.

 Техніка штучного аборту.

 Вакуум - аспірація (ВА) – евакуація вмісту порожнини матки через пластикову або металічну канюлю,яка приєднана до вакуумного насоса.

**Види ВА :**

- Мануальна вакуум - аспірація;

- Електрична вакуум - аспірація.

 Електрична вакуумна аспірація (ЕВА) передбачає використання електричного вакуумного насоса.

 При вагітності в малому терміні - до 5 тижнів слід увести канюлю малого діаметру (5-6 мм) у порожнину матки без попереднього розширення цервікального каналу.

 Аборт з використанням техніки ЕВА може продовжуватись від 3 до 10 хвилин.

 Після ВА жінка знаходиться під наглядом лікаря не менше 30 хвилин.

 **Дилатація та кюретаж (ДК)** – „гострий кюретаж” передбачає розширення цервікального каналу механічним шляхом з використанням спеціальних розширювачів Гегара або фармакологічних засобів та наступним використанням „гострого"вишкрібання стінок матки металічними кюретками.

 ВА має переваги перед ДК: є більш безпечною та менш болючою маніпуляцією, що супроводжується меншою крововтратою.

 **Медикаментозний аборт (МА) -** це переривання вагітності з використанням медикаментозних препаратів.

 Медикаментозне переривання вагітності проводиться за бажанням жінки в терміни до 49 днів з першого дня останньої менструації шляхом застосування препаратів міфепристону та мізопростолу, що є ефективним, більш безпечним та прийнятним для ранніх термінів вагітності .

 Техніка **Медикаментозний аборту (МА) -**

 Жінка приймає одноразово, отримані у акредитованому лікувальному закладі, 200 мг (1 таблетка) Міфепристон з обов'язковим наступним (через 36- 48 годин­) прийомом­ 400 мкг мізопростолу в умовах стаціонару під контролем лікаря.

 Через кілька годин (як правило, протягом 3-6 годин) після прийому мізопростолу починається маткова кровотеча у зв’язку із вигнанням плідного яйця.

 **Спостереження пацієнток після медикаментозного аборту:**

- у зв’язку з появою після прийняття мізопростолу болісних маткових скорочень, можливих нудоти, блювання та проносу доцільно залишити жінку для спостереження в умовах стаціонару протягом однієї доби (але не менше 3-4 годин);

- через 7-10 днів після застосування мізопростолу в амбулаторних умовах пров­одиться огляд пацієнтки для виключення неповного вигнання плідного яйця, що спостерігається у 5% випадків;

- проводиться ультразвукове дослідження для підтвердження відсутності плідного яйця в порожнині матки;

- у разі неповного видалення плідного яйця, кровомазання, що триває, проводиться діагностичне вишкрібання порожнини матки з направленням отриманого матеріалу на гістологічне дослідження.

 Після штучного переривання першої вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові проводиться імунізація введенням 1 дози антирезус імуноглобуліну.

 **Ускладнення під час операції штучного переривання вагітності та ранні ускладнення**:

\* Відсутність вагітності;

\* Неповний аборт;

\* Перфорація при зондуванні;

\* Перфорація у поєднанні з неповним абортом;

\* Перфорація у поєднанні з неповним абортом та пошкодженням внутрішніх органів;

\* Підозра на перфорацію при повному випорожненні матки;

\* Кровотеча;

\* Вегето-судинні реакції;

\* Гематометра;

\* Аборт, що не відбувся.

 **В гінекологічному відділенні при поступленні пацієнтки с :**

А) **Неповний­ аборт** - кровотеча із статевих шляхів, біль у животі, симптоми інфікування.

 Тактика: підготовлений персонал (досвідчений фахівець):

1) здійснюється реевакуція вмісту з порожнини матки з використанням вакуум - аспіратора;

2) проводиться диференційна діагностика больового синдрому або наявності кровотечі іншого ґенезу виключення наявності інфекції.

**Б) Прогресуюча вагітність** встановлюється на підставі результатів динамічного спостереження.

 Тактика: проводиться переривання вагітності методом дилатації шийки матки та кюретажу порожнини матки.

**В) Маткова кровотеча** може бути наслідком залишків плідного яйця в порожнині матки,травми або пошкодження шийки матки, перфорації матки.

 Тактика: в залежності від причини реевакуація залишків з порожнини матки, застосування утеротоніків до зупинки кровотечі (не рекомендується використовувати окситоцин), внутрішньовенне введення розчинів, за показаннями - гемотрансфузія, лапароскопія, при відсутності умов- лапаротомія.

**Г) Наявність інфекції** часто є ускладненням неповного аборту що має характерні симптоми: гіпертермія, виділення із статевих шляхів з неприємним запахом, болі у животі та попереку кров’яні виділення із статевих шляхів, що продовжуються, зміни у формулі крові.

 Тактика: госпіталізація, антибіотикотерапія, при покращенні загального стану реевакуація вмісту порожнини матки.

**Класифікація гнійно-септичних захворювань після аборту**

Для визначення клінічних форм гнійно-септичних захворювань після аборту доцільніше використовувати класифікацію післяпологових гнійно-септичних ускладнень

**1-й етап —** неускладнений інфікований аборт, при якому інфекція обмежена плідним яйцем і децидуальною оболонкою матки;

**2-й етап —** ускладнений інфікований аборт, при якому інфекція вийшла за межі матки, проте залишилася локалізовані у малому тазі (уражені м'язи матки, маткові вени, яєчники, труби і тазова очеревина);

**3-й етап —** септичний аборт, при якому інфекція поширилася за межі малого тазу і стала генералізованою (септицемія — сепсис без видимих метастазів, септикопіємія — сепсис з метастазами, септичний колапс, анаеробний сепсис, перитонеальний сепсис).

**4-й етап поширення інфекції —** ускладнений інфікований аборт треба виділити в особливу перехідну форму — гнійно резорбтивну лихоманку (ГРЛ), яка трактується як септичний стан, сепсис, септичний аборт. Ця клінічна форма інфекції є перехідною між локалізованим і генералізованим процесом.

**Переваги медикаментозного аборту:**

\* висока ефективність - 96%;

\* відсутність ризику ускладнень, пов'язаних з хірургічним втручанням;

\* зниження ризику розвитку висхідної інфекції та пов'язаних з нею з нею ускладнень;

\* знижує можливість інфікувань вірусом гепатиту В, С та ВІЛ;

\* жінка може самостійно контролювати ситуацію, тому що вона задіяна у процесі;

\* перебігає більш природно, як менструація;

\* не впливає на фертильність;

\* відсутній ризик, пов'язаний з анестезією;

\* забезпечує конфіденційність;

\* висока задоволеність методом.

 **Критерії ефективності МА:**

**1.** Дані клінічного обстеження - нормальні розміри матки, відсутність больових відчуттів. Можливі незначні кров'янисті виділення.

2. Дані додаткових методів обстеження:

 \*зниження рівня - субодиниці ХГ в крові через 14 днів нижче 1000 мОд/л.

\* за даними УЗД порожнина матки менше 15 мм, цервікальний канал закритий, іноді не повністю, плідне яйце/плід не візуалізується.

 **Переривання вагітності з застосуванням медикаментозних засобів в ІІ триместрі ( від 12 до 22 тижнів).**

**Медикаментозний аборт в ІІ триместрі вагітності**

За даними ВООЗ одним з найбезпечніших та найефективніших методів переривання вагітності є застосування медикаментозних засобів в ІІ триместру (МА). Згідно з клінічним протоколом"Ведення хворих при штучному перериванні вагітності медикаментозним методом за медичними або соціальними показаннями у ІІ триместрі вагітності до 22 тижнів гестації" пацієнтка приймає 1 таблетку Міфепрістона (200мг), у присутності медичного персоналу. Через 36-48годин після прийому Міфепрістона, якщо аборт не настав, проводиться ряд клінічних досліджень та призначається прийом Мізопростолу. Пацієнтка приймає Мізопростол 400мкг(2 таблетки) внутрішньо або в дозі 800 мкг(4 таблетки по 200 мкг) одноразово в піхву і далі в дозі 400 мкг вагінально або сублінгвально через кожні 3 години до моменту вигнання плода. Якщо аборт не відбувся на 2 або 3 добу рекомендується проведення дилатації шийки матки та евакуації плода. Також обов'язковим є проведення антибіотикопрофілактики, або при необхідності і антибіотикотерапіі. Після аборту жінка залишається під наглядом 24 години. Кюретаж матки проводять лише у випадку наявності клінічних ознак, що вказують на наявність неповного аборту.

 **Хірургічні методи переривання вагітності (хірургічний аборт) -** Відповідно до рекомендації ВООЗ перед хірургічним абортом всім жінкам слід проводити підготовку шийки матки з використанням:

 **Осмотичних дилятаторів** (палички ламінарії. синтетичні дилятатори, губка сульфату магнію);

Починаючи з кінця ХІХ сторіччя використовують стебла (палички) ламінарії для дилатації шийки матки з послідуючим факультативним абортом**.** Цей гінекологічний засіб складається з одного з видів келпу - морських водоростей. Для цього у цервікальний канал вводять від 1 до 5 ламінарій, попередньо змочених у фізіологічному розчині. Введення ламінарії або іншого аналогічного гідрофільного розширювача шийки матки проводиться за 12 - 24 години до початку операції в умовах стаціонару.

 **Механічні методи преіндукціі аборту/пологів.**

 Механічні методи підготовки до переривання вагітності включають: введення в шийку матки балона ( катетера Фолея, двобалонного катетера Кука) . Методика інтрацервікального введення катетера Фолея складається з наступних етапів: оголення шийки матки в дзеркалах і обробка пологових шляхів антисептиком, наповнення балона катетера стерильним фізіологічним розчином в об'ємі 30-80 мл с наступною фіксацією дистального кінця катетера до стегна матері. Час, на який катетер залишають ретроцервікально, становить не менше 12-24 години, або до самостійної експульсії, або до розвитку спонтанної пологової діяльності.

 **Інші методи переривання вагітності у Іі триместрі**

Одним з методів підготовки шийки матки є також введення ендоцервікального гелю з дінопростоном шляхом інтрацервікального введення. На сьогодні практично не використовується.

 **Інтраамніальне (внутрішньоматкове) введення рідини**

Згідно з методикою проведення, після розширення шийки матки інтраамніально вводиться довга товста голка, яка після проколу плідного міхура спочатку видаляє деяку кількість навколоплідних вод, а після цього в матку вводиться(рівний по об'єму навколоплідних вод,який виведено)гіпертонічний розчин солі чи глюкози. Застосовують також інтра або екстраамніально введення великих доз окситоцину або метилєргометрину. Останні вводять або болюсно, внутрішньом'язово,внутрішньовенно чи інтрацервікально. Ін'єкціі проводять на початку або наприкінці проведення операції з подальшим вишкрібанням порожнини матки великою (тупою) кюреткою (№16). Потенційним серйозним ускладненням у ІІ триместрі хірургічного аборту є перфорація матки, що реєструється у 0,2 -0,4% випадків.

Як правило, для усунення цього ускладнення необхідно проводити лапаратомію, ушивання перфораційного отвору або гістеректомію без придатків. У зв'язку з наявністю ускладнень (кровотечи, травми суміжних органів, перфорації матки,розвитку гінекологічного сепсису, безпліддя та ін.).

 Переривання вагітності можна прискорити внутрішньовенним, внутрішньом'язовим, екстраамніальним, інтрацервікальним введенням простагландинів групи Е та F , які мають виражену утеротонічну дію. Застосування простогландинів, у зв'язку із збільшенням дози в 5 - 10 разів, може супроводжуватись їх побічною дією брадикардією, гіпотензією, бронхоспазмом, нудотою, блювотою, надмірною скоротливою діяльністю матки. Даний метод зараз проводити не рекомендується.

.

**Малий кесарів розтин**

 В деяких випадках проводять малий кесарів розтин при пізних термінах вагітності (за медичними показами за наявності підстав, зазначених у Переліку)

 **Післяабортне спостереження та консультування.**

 Післяабортне консультування проводиться лікарем акушером-гінекологом, який здійснював аборт.

 Мета: інформування жінки про можливі ускладнення післяабортного періоду і методи їх профілактики, з питань гігієни статевих стосунків, сучасних методів контрацепції, здорового способу життя, запобігання інфекціям, що передаються статевим шляхом.

 Після аборту велике значення має своєчасність застосування методів кон­трацепції для запобігання небажаній вагітності. Індивідуальний підбір контрацептиву здійснюється підготовленим спеціалістом з питань планування сім’ї відповідно до сучасних­ методів та принципів застосування контрацепції.

**V. План організації заняття**

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань20% навчального часу

Самостійна робота студента35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань20% навчального часу

Оцінка знань студентів15% навчального часу

Узагальнення викладача, завдання додому 5% навчального часу

 зауваження

**VI. Основні етапи заняття**

А. *Підготовчий* - мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на питання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. *Основний* - самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться у навчальній кімнаті. Студенти з низьким вихідним рівнем знань вивчають навчальну літературу і навчальні посібники. Решта студентів, розподілених на групи по 2-3 особи, самостійно працюють на фантомі під контролем викладача, з'ясовують техніку медичного/медикаментозного аборту. Після цього студенти з викладачем переходять до операційного залу або у відділення гінекології (залежно від наявності відповідних хворих), виконують огляд шийки матки в дзеркалах, діагностику і визначення терміну вагітності , визначають методику проведення аборту.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування ситуаційних задач, усних звітів студентів про виконану роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, домашнє завдання.

**VII. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:*

* навчальна кімната,
* палата гінекологічного відділення,
* операційний зал.

*Оснащення:*

* навчальні таблиці,
* фантоми,

**VIII. Контрольні запитання та завдання**

1. Визначити поняття медичний аборт?
2. Причини виникнення небажаної вагітності?
3. Класифікація спонтанних абортів?
4. Діагностика і визначення терміну вагітності?
5. Принципи організації та нормативно - правові взаємовідносини комплексної медичної допомоги при небажаній вагітності?
6. Концепція безпечного аборту?
7. Поняття "Небажана вагітність"?
8. Які можливі ускладнення під час проведення аборту?
9. Яке потрібно провести обстеження перед процедурою аборту?
10. Які цілі консультування пацієнтки перед абортом?
11. Яка існують сучасні методи хірургічного переривання вагітності?
12. Яким методом може бути перервана вагітність у жінки, що не народжувала?
13. Як ведуть пологи при повному (змішаному) сідничному передлежанні?
14. В чому відмінність пологів при ножних передлежаннях від сідничних передлежань?
15. Які методи доцільні для переривання вагітності в І триместрі?
16. Які методи доцільні для переривання вагітності в ІІ триместрі?
17. Техніка виконання мануальної вакуум - аспірації (МВА)?
18. Ускладнення хірургічні переривання вагітності?
19. Алгоритм ведення жінок з ускладненням після аборту?
20. Які пізні ускладнення після процедури (операції) штучного переривання вагітності?
21. Профілактика післяабортних ускладнень?
22. Профілактика інфекційних ускладнень?
23. Ефективність медикаментозного аборту?
24. Критерії ефективності медикаментозного аборту?
25. Які з перерахованих захворювань, що передаються статевим шляхом, є загрозою виникнення післяабортних ускладнень?
26. Від чого залежить перебіг післяабортного періоду?
27. Що називається самовільним абортом?
28. Які методи контрацепції після аборту?

**IX. Тестовий контроль.**

1. Вагітна 28-ми років надійшла в стаціонар із скаргами на болі внизу живота та кров'янисті виділення із статевих шляхів. Бімануально: матка м'яка, збільшена до 9 тижнів вагітності, цервікальний канал вільно пропускає палець. У вічку промацується частини ембріональної тканини. Із піхви - помірна кровотеча. Яке лікування слід провести хворій?

А. Інструментальне вилучення ембріональної тканини

В. Спостереження за хворою

С. Гемостатична та антианемічна терапія

D. Призначення гормонів

Е. Знеболююча терапія

2. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, додатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Виберіть тактику ведення хворої.

А. Діагностичне вишкрібання порожнини матки

 В. Міомектомія

 С. Гемостатична та антианемічна терапія

 D. Призначення гормонів

 Е. Призначення гормональних препаратів

3. Вагітна в терміні 8-9 тижнів скаржиться на ниючий біль, що непокоїть останні 2 доби, локалізується над лонним зчленуванням. Кілька годин тому з`явились незначні кров`янисті виділення зі статевих шляхів. При огляді: шийка матки центрована, скорочена, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Тіло матки щільної консистенції, відповідає 8-9 тижням вагітності, рухливе, безболісне. Придатки - без особливостей. Виділення з цервікального каналу кров`янисті, помірні. Який діагноз у даної хворої?

А. Повний мимовільний аборт

С. Мимовільний аборт в ходу

D. Метрорагія

Е. Неповний мимовільний аборт

4. Вагітна 22 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Строк вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, матка збільшена до 8 тижнів, у цервікальному каналі виявляється залишки плідного яйця, надмірна кровотеча. Яка тактика лікаря?

А. Інструментальне вилучення ембріональної тканини

 В. Призначити токолітичну терапію

 С. Гемостатична та антианемічна терапія

 D. Призначення гормонів

 Е. Призначення токолітичної терапії

5. Жінка 25 років поступила в гінекологічне відділення з вагітністю 9 тижнів. Скаржиться на біль внизу живота. В анамнезі: 2 тижні тому перехворіла краснухою у важкій формі. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко шийки матки закрите, матка відповідає терміну 9 тижнів вагітності, додатки матки без особливостей. Виділення слизові. Яка тактика лікаря?

 А.Штучний аборт

 В. Пролонгування вагітності

 С. Ультразвукове дослідження

 D. Лапароскопія

 Е. Нагляд в амбулаторних умовах

6. Хвора Т., 25 років. Прийшла на контрольний огляд до лікаря через 2 тижня після проведеного медикаментозного аборту. Хвору турбує підвищення температури тіла до 37,7 – 38,0 С протягом 10 днів, болі внизу живота, кров’янисті виділення з неприємним запахом зі статевих шляхів. Хірургічний аборт,який був два роки тому назад, також супроводжувався подібними симптомами, Яке ускладнення виникло у жінки?

А. Гостра гематометра

В. Перфорація тіла або шийки матки

С. Плацентарний поліп

D. Гнійно-септичні ускладнення

Е. Неповний аборт

7. Пацієнтка К., 19-ти років звернулась до лікаря жіночої консультації з приводу затримки менструації. Живе статевим життям без засобів запобігання вагітності. Бажає зробити медикаментозний аборт. У яких термінах можна переривати вагітність медикаментозно за бажанням жінки згідно із законодавством України?

А. до 35 днів

 В. до 49 днів

 С. до 63 днів

 D. до 77 днів

 Е. до 22 тижнів

8. Жінка Н., 31 рік, має двох дітей. Зробила аборт у терміні 9-10 тижнів. Через тиждень повторно поступила в стаціонар з кровотечею. Кровотеча була зупинена шляхом вакуум-аспірації порожнини матки. Найближчим часом (2-3 роки) не планує вагітніти. Який метод контрацепції буде доцільним?

А. Контрацептиви прогестагенового ряду (внутрішньоматкові гормональні системи)

В. Внутрішньоматкові засоби контрацепції

С. Добровільна хірургічна стерилізація

D. Комбіновані оральні контрацептиви

Е. Бар’єрні методи контрацепції

9. Пацієнтка Р., 24 років звернулась в центр планування сім’ї для вирішення питання про контрацепцію на 10 – день після аборту. Після консультування вона вирішила зупинитися на ВМК. В анамнезі 2 пологів, 1 аборт. Що слід враховувати при призначенні контрацепції після аборту?

А. Особистий досвід

В. Переваги для пацієнтки

С. Рекомендації ВООЗ

D. Місцеві стандарти

Е. Поради подруг

10. Пацієнтка М., 28 років, перенесла самовільний аборт в І триместрі вагітності, який ускладнився травмою – перфорацією стінки матки, усунення якої потребувало оперативного втручання. Жінка звернулась до лікаря жіночої консультації з питанням коли відновиться фертильність після аборту?

А 40-42 доби

В. 11-14 діб

С. 24-26 діб

D. 6-7 діб

Е. 32-36 діб

**X. Ситуаційні задачі.**

**Задача №1.** Пацієнтка С., 30 років, в анамнезі 1 вагітність, пологів не було. 12 днів тому було проведено медикаментозний аборт. Звернулась до лікаря зі скаргами на кров’янисті виділення (по кілька краплин). Температура тіла нормальна, АТ 114/78 мм рт.ст., Hct: 31%, Результат УЗД: товщина ендометрію 20 мм. Діагноз? Можливі варіанти лікування?

**Задача №2.** Пацієнтка А., 26 років, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на кров’янисті скудні виділення. З анамнезу жінка зробила аборт 10 днів тому. Температура тіла нормальна, АТ 120/78мм рт.ст. Пульс 74 уд/хв. задовільних властивостей. Вагінальне дослідження: матка в ретроверзії, ретрофлексії, збільшена за розмірами. За результатами УЗД: матка збільшена до 8 тижнів вагітності (КТР = 15 мм). Сформулюйте діагноз та план ведення хворої?

**Задача №3.** Хвора Б., 32 років доставлена в гінекологічне відділення зі скаргами на рясні кров’янисті виділення, які пов’язує з абортом. Медикаментозний аборт виконано 9 днів тому. Під час огляду виявлено, звертає на увагу блідість шкірних покровів, виражена слабкість, нудота.. Гемоглобін: 90 г/л. Сформулюйте діагноз та план ведення хворої?

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров’я Украіни», 2019.-198 с.
3. Справочник семейного врача по акушерству и гинекологии. / Под редакцией проф. В.А. Бенюка. - Киев: «Доктор-медиа», 2012.- 622 с.
4. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія".Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання.К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
6. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
7. Алгоритми в акушерствіі гінекології. Навчальний посібник(под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: ДиндарО.А., УсевичІ.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
8. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyietal., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
9. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
4. МОЗ України Наказ № 1730 «Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 24.09.2022
5. МОЗ України Наказ № 2264 «[Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»](https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIwMjMvMDEva25hdnYyMDIyLTIyNjQucGRm)» від 15.12.2022
6. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
7. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
8. Сучасні аспекти планування сім’ї: навчальний посібник.- К.,2012.-307с.
9. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2010. – 542 с.
10. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология, 2012.
11. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
12. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
13. Клиническая практика в репродуктивной медицине. Под ред. В.Н. Локшина, Т.М. Джусубалиевой . Алма-Аты. 2015 – 464 с.
14. International evidence based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. MonashUniversity,MelbourneAustralia 2018:198 p.
15. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
16. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
17. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія.Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.