**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 ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Аномалії скоротливої діяльності матки».**

**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 V КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів V курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян* *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 № 1 від 30.08.2023 року**

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

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

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

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Тема: Аномалії скоротливої діяльності матки.**

**І. Науково-методичне обґрунтування теми**

Своєчасне виявлення факторів ризику, що призводять до аномалій пологової діяльності та раціональна тактика ведення пологів істотно зменшує ризик пологового травматизму матері і перинатальної патології, що сприяє покращенню демографічних показників нації.

На сучасному етапі аномалії скоротливої діяльності матки є одним із найчастіших ускладнень гестаційного процесу і спостерігаються в 11-42% пологів.

**ІІ. Навчально-виховні цілі**

Для формування умінь студент повинен ***знати:***

— структуру кісткового тазу жінки;

— анатомію тазового дна;

— м’язи тазового дна;

— будову кісткового черепа новонародженого;

— фактори ризику розвитку аномалій пологової діяльності та профілактичні заходи ;

* тактику ведення пологів та розродження при слабкості пологовій діяльності;
* тактику ведення пологів та розродження при дискоординованій пологовій діяльності;
* тактику ведення пологів та розродження при гіперактивній пологовій діяльності;
* тактику ведення пологів та розродження при дистоциї шийки матки.

У результаті проведеного заняття студент повинен ***вміти:***

— самостійно визначити вид аномілії пологової діяльності;

— оцінити характер пологової діяльності;

* провести диференційний діагноз аномалій пологової діяльності;
* застосувати медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки;
* тактика ведення пологів, залежно від виду порушення скоротливої діяльності.

**ІІІ. Вихідні і базові знання**

Нормальна анатомія: Анатомічні особливості жіночих статних органів під час вагітності, їх іннервація та васкуляризація, анатомія плода. Вимірювання розмірів жіночого тазу,

розмірів плода.

Нормальна фізіологія: Фізіологічні зміни в організмі вагітної жінки, фізіологія плода. Гістологія: Гістологічна структура жіночих статевих органів під час вагітності.

Фізіологічне акушерство: Періоди фізіологічних пологів та їх перебіг. Складання плану ведення пологів. Оцінка виду, позиції, положення та передлежання, розміри плода. Визначення передбачуваного терміну пологів та маси плода.

Патологічне акушерство: Особливості перебігу пологів при аномаліях пологової діяльності. Методи корекції аномалій пологової діяльності. Показання до оперативного родорозрішення при аномаліях пологової діяльності.

**ІV. Зміст навчального матеріалу**

Аномалії пологової діяльності – стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода його вигнання.

*Етіологія аномалій пологової діяльності*

Регуляція скоротливої функції матки включає три основних компоненти:

1) *міогенна регуляція,* заснована на особливостях морфофункціональної структури і кровопостачання матки;

2) *нейрогенна регуляція,* заснована на чіткій взаємодії периферичної і центральної нервової систем;

3) *ендокринна регуляція,* що включає взаємодію функцій ендокринної системи жінки і фетоплацентарного комплексу.

Порушення у взаємодії однієї з вищевказаних ланок призводить до розвитку аномалій пологової діяльності. Фактори, які визначають виникнення аномалій пологової діяльності, можна розділити на 5 груп:

1. Фактори, пов'язані з патологією репродуктивної системи; штучні аборти, операції на матці, лейоміома матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік роділлі, нейроендокринні порушення.
2. Акушерські фактори: передчасне злиття навколоплідних вод, невідповідність між розмірами голівки плода і розмірами тазу матері, дистрофічні і структурні зміни в матці, ригідність тканин шийки матки, "незріла шийка матки", перерозтягнення матки у зв'язку з багатоводдям і багатопліддям, аномалії розташування плаценти, тазове передлежання плода, пізні гестози.

3. Загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, органічні захворювання центральної нервової системи, нейроендокринні порушення різного генезу, судинні дистонії, ожиріння діенцефалопатії, невротичні стани, анемії, серцеві вади.

4. Фактори, обумовлені впливом організму плода: великий плід, фетоплацентарна недостатність; гіпотрофія плода, хромосомні аберації, переношування аберації, вагітності, імуноконфліктна вагітність.

5. Ятрогенні фактори: необгрунтоване і несвоєчасне застосування пологостимулюючих засобів, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболювання пологів.

*Класифікація аномалій пологової діяльності (АПД)*

Існує більше 20 класифікацій АПД, але всі вони в різних варіаціях розглядають три основні аномалії:

1. *Інертність* (рідкісні, короткі, слабкі перейми);
2. *Гіперактивність* (надмірно сильні, судомні перейми);
3. *Дискоординація* (нерівномірні, безладні, спастичні перейми) маткових скорочень.

В даний час у нас використовується наступна класифікація:

1.Слабкість пологової діяльності (гіпоактивність або інертність матки):

а) слабкість переймів;

б) слабкість потуг.

2.Надмірно сильна пологова діяльність (гіперактивність матки).

3.Дискоординована пологова діяльність:

1. дискоординація;
2. гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотній градієнт, інверсія);
3. тетанус матки (судомні перейми);
4. дистоція шийки матки (активна, пасивна).

*Характер пологової діяльності визначається па підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:*

1. динаміка маткових скорочень;
2. динаміка розкриття шийки матки;
3. динаміка просування передлежачої частини плода по родовому каналу.

*Методи оцінки:*

1. Оцінка скоротливої діяльності матки (СДМ):
2. суб'єктивне відчуття роділлі (неточно, різний поріг больової чутливості);
3. пальпація;
4. зовнішня кардіотокографія (одноканальна і багатоканальна), внутрішня токографія, радіотелеметрія;
5. електрогістерографія.
6. Розкриття шийки матки:
7. вагінальне дослідження;
8. цервікодилятометрія.

3. Розташування передлежачої частина:

- піхвове дослідження;

- вагінальне УЗД.

***Патологічний прелімінарний neріод***характеризується болісними, переміжними за силою і відчуттям переймами, що виникають на тлі підвищеного тонусу матки. Перейми за силою і частотою подібні пологовим, але не приводять до структурних змін і розкриття шийки матки. Перейми стомлюють вагітну, призводять до порушення добового ритму сну і загальної активності. Патологічним вважається прелімінарний період тривалість якого складає більше 8 годин. Для патологічного прелімінарного періоду характерна недостатня продукція гормонів фетоплацентарного комплексу, зниження активності симпатичної ланки симпатоадреналової системи, зменшення накопичення серотоніну в крові вагітної. Патологічна імпульсація з рецепторів статевих органів призводить до розвитку функціональних змін у ЦНС і порушенню координації скорочень поздовжніх і циркулярних шарів міометрію.

Для корекції застосовують - спазмолітики (но-шпа, папаверин)

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% розчину промедолу);

- за умови неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β2‑адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно – 10 – 15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань.

- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину Е2.

Препарати окситоцинового ряду протипоказані через небезпеку посилення спастичного скорочення циркулярних м'язів шийки і нижнього сегменту матки.

При патологічному прелімінарному періоді існує велика небезпека розвитку дискоординованої пологової діяльності.

***Слабкість пологової діяльності*** *(СПД)* - це стан, при якому сила, тривалість і частота перейм недостатні, а тому згладжування, розкриття шийки матки і просування плода при його відповідності з розмірами тазу йде уповільненими темпами.

Етіологія СПД - як результат недостатності імпульсів, що викликають, підтримують і регулюють скоротливу діяльність матки, так і нездатність матки сприймати ці імпульси.

Патогенетичні моменти:

1. Зниження рівня естрогенів і підвищення вмісту прогестерону.

2. Недостатня продукція окситоцину, простагландинів, серотоніну, ацетилхоліну та інших тономоторних медіаторів.

1. Висока активність ферментів окситоцинкінази, холінестерази, моноаміноксидази і т. п.
2. Зниження інтенсивності окислювально-відновних процесів і порушення процесу споживання кисню в біометрії.
3. Недостатнє накопичений макроергів - актоміозину, фосфокреатиніну, глікогену.
4. Стомлення м'язу і перехід на анаеробний шлях окислювання (глікогеноліз - лактат, піруват).

7. Зменшення концентрації окситоцинових та простагландинових рецепторів.

Розрізняють, *первинну* і *вторинну* слабкість пологової діяльності.

*Первинною* - називають слабку пологову діяльність, щo виникає на самому початку пологів і триває протягом періоду розкриття. Може продовжуватись і до кінця пологів.

СПД, що виникає після періоду тривалої регулярної пологової діяльності і виявляється в характерних ознаках, зазначених вище, називають *вторинною.*

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю внаслідок слабкості м'язів черевною преса і стомлення (інфантилізм, ожиріння, грижі, переповнений сечовий міхур). У практичному акушерстві слабкість потуг відносять звичайно до вторинної слабкості пологової діяльності. Дуже часто тривалі пологи, обумовлені іншими видами аномалій пологової діяльності, помилково відносять до слабкості.

Діагноз слабкості пологової діяльності можна поставити протягом 4-6 годин клінічного спостереження та протягом 2-х годин при можливості проведення гістерографії.

***Лікування слабкості пологової діяльності:***

За відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності.

***Умови призначення утеротонічних засобів:***

- відсутність плідного міхура;

- відповідність розмірів плода і тазу матері.

***Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:***

- клінічно та анатомічно вузький таз;

- оперована матка;

- аномальні положення та передлежання плода;

- дистрес плода;

- повне передлежання плаценти;

- передчасне відшарування нормально та низько розташованої плаценти;

- стріктура піхви;

- відновлений розрив промежини III ступеня;

- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;

- гіперчутливість .

***Методика введення окситоцину з метою лікування слабкості пологової діяльності.***

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов’язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6 – 8 крапель/хв. (0,5-1,0 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4 – 5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40 – 50 сек. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода.

***Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості пологової діяльності.***

*Простагландин Е2 - латентна фаза пологів*

Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мл (1 ампула) простагландину Е2 (випускається у вигляді концентрату для інфузій) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

*Простагландин F2α - активна фаза пологів*

Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину F2α розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять крапельно зі швидкістю 6 – 8 крапель в хвилину. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. При відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

***Ускладнення.***Передозування призводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характеру судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається гіпоксія плода; зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми та хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

***Дискоординована пологова діяльність.***Частота 1-3%. Спостерігається відсутність координованих скорочень між різними відділами матки (правої - лівої, верхніми і нижніми відділами; порушення координації між ділянками матки навіть до фібриляції і тетанусу). Розвивається в І-му періоді пологів до розкриття шийки матки на 5-6 см.

Причини: аномалії розвитку, порушення іннервації внаслідок перенесених абортів, запалень, пухлин. Несприятливим фоном є відсутність підготовки всіх структур (незріла шийка, міграція "водія ритму"). В основі патогенезу лежать порушення функціональної рівноваги вегетативної нервової системи: зниження функції симпатоадреналової і перевага тонусу парасимпатичної (холінергічної) підсистем; перезбудження обох відділів; перезбудження тільки холінергічної частини. Але в усіх випадках порушується синхронізація скорочення і розслаблення міометрія, причому має місце співпадання піків скорочення. Зникають періоди загальної релаксації матки, порушується правило потрійного нисхідного градієнту. В результаті - неадекватне підвищення тонусу, зміна ритму, частоти перейм, укорочення діастоли, посилення болю за рахунок залишкового скупчення крові в міжворсинчастому просторі.

*Основні клінічні симптоми:*

1. болючі, нерегулярні перейми, що іноді мають постійний характер;
2. передлежача частина рухлива, але може бути і фіксованою;
3. плоский плідний міхур;
4. передчасне чи раннє злиття вод;
5. симптом Шикеле (скорочення країв шийки матки під час перейми);

6)форма матки схожа на вузький овоїд зі спастичним кільцем.

Наслідки не усунутої дискоординації пологової діяльності:

1. розриви шийки матки і піхви;
2. затяжний перебіг пологів при активній пологовій діяльності;
3. порушення біомеханізму пологів;
4. гіпоксія плода і пологова травма новонародженого.

І все це - при повній клінічній відповідності розмірів плода і тазу матері.

***Лікування.*** Родостимулююча терапія окситоцином, простагландинами та іншими утеротоніками при дискоординованій пологовій діяльності *категорично протипоказана,* інакше розвиток тетанусу матки неминучий.

Основні компоненти лікування ДРД:

1. Спазмолітики (но-шпа, баралгін).
2. Анестетики (трамал, трамадол, промедол, морфіноподібні препарати).
3. В-адреноміметики (*гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/ хв. до 10 – 15 крапель/хв.*) *не перевищуючи 15 - 20 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм)*.
4. Епідуральна анестезія.
5. Амніотомія.
6. Кесарів розтин.

*Надмірно сильна пологова діяльність* (швидкі і стрімкі пологи) - гіпердинамічна дисфункція СДМ. Умовно до стрімких пологів відносять їх тривалість до З годин, до швидких – 4-6 годин. Стрімкі пологи небезпечні для матері і плода не тільки через акушерський травматизм (розриви пологових шляхів, гіпоксично-травматичні ушкодження немовляти), але і тим, що їх дуже важко коригувати.

*Виділяють при основні варіанти стрімких пологів:*

1. "Вуличні пологи" (швидкі і безболісні).
2. У разі істміко-цервікальної недостатності.

3. Як варіант гіпердинамічної дисфункції СДМ до тетанусу.

*Причини:*

- надмірно сильний вплив на міометрій біологічно активних речовин (БАР) -ґіперрецепторні поля чи каскадний викид БАР при одномоментному злитті великої кількості навколоплідних вод при багатоводді;

1. переміщення водія ритму в центр дна чи середину тіла матки;
2. надмірне виділення ендогенного окситоцину;
3. ІЦН (особливо після зняття циркулярного шва з шийки матки);
4. ятрогенні причини (недотримання правил родостимуляції - великі дози утеротоників чи застосування препаратів, потенцюючих дію один одного).

*Лікування* полягає в немедикаментозному коригуванні сили і частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода.

При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу β2-адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровоток та стан плода.

***Для проведення токолізу*** *гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/ хв. до 10 – 15 крапель/хв.*, *(не перевищувати частоту введення 15 - 20 крапель/хв.) під спостереженням за активністю перейм.*

**V. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2% навчального часу; |
| Мотивація теми | 3% навчального часу; |
| Контроль вихідного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Самостійна робота студента під контролем |  |
| викладача | 35%навчального часу; |
| Контроль остаточного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Оцінка знань студентів | 15% навчального часу; |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5% навчального часу; |

**VІ. Основні етапи заняття**

а) *Підготовчий* — мотивація теми, контроль вихідного рівня базисних та основних знань.

б) *Основний* — самостійна робота студентів під контролем викладача.

в) *Заключний* — контроль засвоєння матеріалу шляхом розв’язування задач, усних виступів студентів про виконану роботу, визначення ступеня ризику, узагальнення, оцінка праці кожного студента, зауваження за ходом заняття з оцінкою знань студентами питання профілактики пологового травматизму, завдання додому.

**VІІ. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:* пологове та післяпологове відділення, пологовий зал, учбова кімната.

**VІІІ. Контрольні запитання і завдання**

1. Класифікація аномалій пологової діяльності.
2. Етіологія аномалій пологової діяльності.
3. Основні методи діагностики слабкості пологової діяльності.
4. На яких принципах грунтується лікування слабкості пологової діяльності?
5. Які основні причини вторинної слабкості пологової діяльності?
6. Чим зумовлена надмірна пологова діяльність?
7. Основні методи діагностики надмірної пологової діяльністі.
8. На яких принципах грунтується лікування надмірної пологової діяльністі?
9. Що таке дискоординована пологова діяльність?
10. Основні методи діагностики дискоординованої пологової діяльністі.
11. На яких принципах грунтується лікування дискоординованої пологової діяльністі?
12. Які ускладнення для матері можливі при слабкості пологової діяльності?
13. Які ускладнення для матері можливі при надмірній пологовій діяльності?
14. Які ускладнення можливі в пологах при дискоординованій пологовій діяльності?
15. Які протипоказання для призначення тономоторних препаратів при лікуванні слабкості пологової діяльності?
16. Профілактика аномалій пологової діяльності?

**ІX. Тестовий контроль**

1. Причинами первинної слабкості родової діяльності можуть бути:

A. Ендокринні порушення.

B. Немолодий вік першородячих.

C. Наявність в анамнезі порушень менструальної функції.  
D. Значне перерозтягнення матки.

Е. Всі перераховані.

2. У першовагітної, 25 років, при терміні вагітності 39 тижнів без родової діяльності відійшли навколоплодові води дві години тому. Плід живий, таз нормальних розмірів. Якою повинна бути подальша тактика ведення вагітності?

A. Пролонгувати вагітність при відповідному спостереженні та призначенні антибіотиків.

B. Очікувати спонтанної появи родової діяльності.

C. Провести родозбудження довенним крапельним введенням окситоцину.

D. Накласти шкірно-головні щипці за Уілт-Івановим

Е. Провести операцію кесаревого розтину.

3. При стрімких родах можливим ускладненнями для матері та плода можуть бути:

A. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

B. Значні пошкодження м'яких тканин родового канапу.

C. Родові травми новонародженого.

D. Дистрес плода та асфіксія новонародженого.

Е. Всі перераховані.

4. Першовагітна, 29 років, поступила в терміні вагітності 39-40 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі протягом 6 годин. Навколошюдові води цілі.

Об'єктивно: перейми через 5-6 хвилин по 20 сек. Голівка плода притиснена до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття вічка 2 см. Плодовий міхур цілий. Протягом послідуючих 5 годин перейми стали більш болючими з тривалістю до 30 сек. Просування голівки не відмічається. При повторному внутрішньому дослідженні дані ті ж.

Вкажіть вид патології родової діяльності.

A. Слабість родової діяльності.

B. Ригідність шийки матки.

C. Дискоординована родова діяльність.  
D. І період нормальних родів.

Е. Надмірна родова діяльність.

5. Вкажіть місце розташування на матці функціональної зони (місця  
генерації імпульсу „водія ритму").

А. В ділянці правого трубного кута.

В. В ділянці лівого трубного кута.  
С. В ділянці локалізації плаценти.

D. В ділянці тіла матки протилежному плаценті.

Е. В ділянці перешийка.

6. Дискоординована родова діяльність клінічно проявляється:

A. Слабкими та рідкими переймами.

B. Частими і болючими переймами.

C. Болючістю і напруженням нижнього сегменту матки.  
D. Постійним тонусом матки.

Е. Набряком країв зовнішнього вічка шийки матки.

7. Повторнородяча, 30 років, вагітність 39-40 тижнів. При першій вагітності спостерігалось дородове відходження вод, а в родах-слабкість родової діяльності та кровотеча в третьому періоді родів. Проводилась родостимуляція та ручне відокремлення та видалення посліду.

Друга та третя вагітності закінчились штучним абортом, після яких відмічалась довготривала лихоманка.

Теперішня вагітність перебігала без ускладнень. Четверту ніч підряд відмічає болючі перейми, що вранці припиняються. Вагітна втомлена безсонням. Матка в звичайному тонусі, положення плода поздовжнє, голівка плода обмежено рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв.. Води цілі. При внутрішньому дослідженні: шийка матки довжиною 3 см, відхилена дозаду, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, голівка плода через переднє склепіння відштовхується від входу в малий таз.

Вкажіть патологічний стан, якому відповідає описана клініка.

A. Первинна слабість родової діяльності.

B. Дискоординована родова діяльність.

C. Патологічний прелімінарний період.  
D. Передвісники родів.

Е. Прелімінарний період.

8. У першородячої, 30 років, після 8 годин активної родової діяльності перейми стали короткими, нерегулярними, а згодом припинились.

При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття вічка повне, плодовий міхур відсутній, голівка плода великим сегментом у вході в малий таз. Стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 150 уд/хв.

Яке ускладнення наступило в процесі родів?

A. Дискоординована родова діяльність.

B. Атонія матки.

C. Первинна слабість родової діяльності.  
D. Вторинна слабість родової діяльності.  
Е. Тетанус матки.

9. Лікування вторинної слабкості пологової діяльності наприкінці періоду вигнання вимагає:

A) медикаментозного сну-відпочинку

B) створення эстрогено-глюкозо-кальцієво-вітамінного фону

C) введення окситоцину внутрішньовенно крапельно

D) введення метілергометрину

E) усіх перерахованих методів

10. Дискоординація пологової діяльності – це:

A) зсув "водія ритму" по горизонталі (права й ліва половини матки скорочуються в різному ритмі)

B) зсув "водія ритму" по вертикалі (на тіло або нижній сегмент матки)

C) виникнення декількох водіїв ритму в матці

D) порушення потрійного нисхідного градієнту у скорочувальній діяльності матки

E) усе перераховане

**Х. Ситуаційні задачі**

1. У жінки 30 років, яка народжує вперше після 8 годин активної пологової діяльності перейми стали короткими, нерегулярними, а згодом припинились. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття вічка повне, плодовий міхур відсутній, голівка плода великим сегментом у вході в малий таз. Стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 150 уд/хв.

Діагноз? Тактика лікаря?

2. Роділля Т., І вагітність, 38 тижнів, скаржиться на нерегулярні переймоподібні болі внизу живота та попереку протягом 2 діб, вночі спала погано. При зовнішньому акушерському дослідженні - тонус матки підвищений, поздовжнє положення плода І позиція, передній вид, голівка плода рухома над входом в малий таз. Піхвове дослідження – шийка матки до 2,5 см, відхилена дозаду, розм’якшена нерівномірно, зовнішнє вічко пропускає 1 п/п, внутрішнє вічко закрите.

Ваш діагноз ? Необхідні дії?

3. У вагітної К., 34 років, перші пологи тривають 6 годин. Перейми по 25-30 с через 4-5 хв. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода чітке, ритмічне 136-142 уд/хв. При піхвовому дослідженні шийка матки згладжена, края середньої товщини, піддатливі, відкриття шийки матки 4 см. Плодовий міхур цілий. При проведенні піхвового дослідження через 4 години отримані ті ж дані.

Ваш діагноз? Тактика лікаря?

4. Роділля 32 років поступила в акушерський стаціонар у зв'язку з початком регулярної пологової діяльності та раннім відходженням навколоплідних вод. Наприкінці першого періоду пологів перейми сповільнилися, слабкі, тривають по 25-30 сек., через кожні 4-5 хв. За останню годину шийка матки відкрилася на 1 см.

Яке виникло ускладнення? Тактика лікаря.

5. У роділлі К., перші пологи тривають 5 годин. Перейми болючі по 20-25 сек через 4-5 хв, починаються в ділянці нижнього сегменту матки і розповсюджуються доверху. Серцебиття плода ритмічне 136 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки вкорочена до 1 см, цервікальний канал прохідний дл 3 см, плідний міхур цілий, голівка плода над входом в малий таз.

Діагноз? Яка подальша тактика.

**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. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.-  К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. 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.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015