**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 «Переношена вагітність».**

**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 VI 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 VI 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. Переношена вагітність.**

**І. Науково-методичне обґрунтування теми**

Проблема переношування вагітності, частота якої коливається від 4% до 14%, посідає одне з провідних місць у сучасному акушерстві, оскільки супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності та смертності, великою кількістю ускладнень у пологовому та післяпологовому періоді, як для матері, так і для новонародженого. Вивчення цієї теми передбачає опанування сучасними методами діагностики переношування вагітності, раціонального розродження та профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних і породіль із запізнілими пологами.

**ІІ. Навчально-виховні цілі**

Для формування знань студент повинен ***знати:***

1. Визначення поняття переношеної вагітності і запізнілих пологів.
2. Етіологію, фактори ризику і патогенез переношування вагітності.
3. Фактори ризику перинатальної патології для новонародженого при переношуванні вагітності.
4. Клінічні ознаки переношування вагітності
5. Методи діагностики переношування вагітності
6. Тактику ведення вагітної при переношуванні вагітності.
7. Методи підготовки пологових шляхів та оцінку ступеня зрілості шийки матки.
8. Методи індукції пологової діяльності.
9. Методи розродження вагітних при переношуванні вагітності.
10. Особливості перебігу запізнілих пологів.
11. Клінічні ознаки синдрому Беллентайна-Рунге
12. Особливості періоду ранньої неонатальної адаптації немовляти та догляд за ним.
13. Характерні ознаки у плаценті при переношеній вагітності.
14. Профілактику переношування у вагітних групи високого ризику.

У результаті проведення заняття студент повинен ***уміти:***

1. Виділити групу ризику щодо переношування вагітності.
2. Визначити термін вагітності та передбачуваний термін пологів.
3. Оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (на фантомі).
4. Обґрунтувати метод розродження при переношеній вагітності.
5. Скласти план ведення запізнілих пологів з урахуванням найбільш вірогідних акушерських і перинатальних ускладнень
6. Оцінити стан новонародженого після запізнілих пологів.

**ІІІ. Вихідні і базові знання**

1. Нормальна анатомія: анатомія жіночого тазу та пологових шляхів.
2. Нормальна фізіологія: будова м’язового волокна та етапи м’язової роботи в пологах.
3. Фармакологія: фармакодинаміка і фармакокінетика утеротонічних препаратів.
4. Сімейна медицина: алгоритм спостереження вагітної з фізіологічним перебігом вагітності, діагностичні критерії початку пологової діяльності, алгоритм ведення фізіологічних пологів, алгоритм спостереження породіллі в пізньому післяпологовому періоді в амбулаторних умовах.

**IV. Зміст навчального матеріалу**

Переношена вагітність – це вагітність, яка продовжується більше 41 тижня (287 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Пологи, що відбулися після 41 повних тижнів вагітності (на 287 добі або пізніше) є *запізнілими пологами.*

**Етіопатогенез**

З етіологічних чинників переношування вагітності виділяють:

* порушення менструальної функції;
* вік вагітної (переношування частіше зустрічається у жінок віком більш 28 років);
* генетичну схильність;
* загрозу аборту в ранніх термінах вагітності;
* гіподинамію;
* групу крові A(ІІ) Rh(-) негативна
* наявність екстрагенітальної патології (артеріальна гіпотонія, вади серця, захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, апендектомія в анамнезі, надмірна маса тіла);
* наявність плоду чоловічої статі;
* аненцефалія плоду;
* хронічний психоемоційний стрес;
* шкідливі звички (вживання алкоголю, наркотиків, паління).

**Патогенез переношування** вагітності нерозривно пов'язаний зі складними механізмами, що забезпечують розвиток скоротливої діяльності матки. Важливою ланкою у фізіології розвитку вагітності та початку пологів є естрогени. Основним джерелом утворення естрогенів є клітини синцитію плаценти і велику роль в цьому відіграє діяльність надниркових залоз плода. При переношуванні вагітності виникає диспропорція балансу естрогенів, підвищується рівень прогестерону.

Переношена вагітність характеризується зменшенням чутливості рецепторного апарату шийки матки, зниженням кількості актоміозину в м’язах матки, простагландинів та електролітів, що сприяє зниженню чутливості клітин м’язів до збудження. При цьому має місце запізніле біологічне дозрівання нервово-м’язового апарату матки, у тому числі й шийки.

Переношена вагітність часто супроводжується плацентарною дисфункцією зі зниженням її транспортної та ендокринної функцій; до 40% плацент мають інфаркти, кальцифікати, фіброзні зміни, що є анатомічним підґрунтям розвитку фетального дистресу.

**Фактори ризику перинатальної патології для новонародженого.** Перинатальна захворюваність та смертність при переношеній вагітності зростає в декілька разів в порівнянні з доношеною. Це пов’язано з низкою чинників. Так, до 40% переношених новонароджених мають ознаки перезрілості, у більшості з них нормальна маса тіла, проте у 1/4 немовлят відзначається макросомія (маса тіла більше 4500 г), що є фактором ризику пологових травм, особливо пошкодження плечового сплетення при дистоції плечиків. Це ускладнення може спостерігатися як при вагінальному, так і при абдомінальному розродженні.

З переношеною вагітністю також завжди пов’язано зменшення об’єму амніотичної рідини – олігогідрамніон (маловіддя), що супроводжується зростанням ризику виникнення дистресу плода в анте-та інтранатальному періодах.

**Діагностика переношеної вагітності.** Важливим для діагностики переношування вагітності є визначення дати першого дня останньої менструації, тривалості менструального циклу, урахування дати можливої овуляції та запліднення. Ці терміни відіграють провідну роль у запобіганні помилок при діагностиці переношеної вагітності.

**Клінічна діагностика переношеної вагітності проводиться за наступними**

**ознаками:**

* відсутність зростання маси тіла вагітної, або її зменшення більш ніж на 1 кг;
* зменшення обводу живота на 5-10 см, що пов’язано зі зменшенням кількості навколоплідних вод;
* маловоддя;
* наявність меконію в навколоплідних водах при розриві плодових оболонок;
* виділення молока, а не молозива з молочних залоз;
* персистуюча незрілість або недостатня зрілість шийки матки.

*За даними УЗД вагітність, що переношується, характеризується такими ознаками як*

* маловоддя;
* відсутність збільшення біпарієтального розміру голівки плода в динаміці;
* відсутність збільшення динаміки росту плода;
* потоншення плаценти;
* ІІІ ступінь зрілості плаценти, наявність петрифікатів.

**Тактика ведення вагітності та пологів при переношеній вагітності.**

Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів ІІІ рівня надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги.

Для попередження переношування вагітності доцільною є госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об’єм необхідних заходів щодо підготовки родових шляхів до пологів.

У пологовому відділенні проводять уточнення терміну вагітності, стан вагітної та плода, оцінюють результати клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. При задовільному стані плода і відсутності ознак переношування вагітності рекомендована очікувальна тактика. За наявністю перших ознак вагітності, що переношується, показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.

Підготовка пологових шляхів та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа.

**Оцінка ступеня** „**зрілості" шийки матки за шкалою Бішопа**

|  |  |
| --- | --- |
| **Параметри** | **Бали** |
| **0** | **1** | **2** |
| Положення шийки матки щодо провідної осі тазу | Зміщена до крижів | Між крижами і провідною віссю тазу | По вісі тазу |
| Довжина шийки матки (см) | ≥ 2 | 1-2 | 1≤ |
| Консистенція шийки матки | Щільна | Розм’якшена | м’яка |
| Відкриття зовнішнього вічка | Закритий | 1 | ≥ 2 |
| Місце знаходження передлеглої частини плода | Рухома над входом у малий таз | Притиснута до входу в малий таз | Притиснута абофіксована у входіу малий таз |

*Примітка:* 0-2 бали – „шийка не зріла”

 3-5 балів – „шийка недостатньо зріла”

 ≥-6 балів – „шийка зріла”

*Жінкам з неускладненим перебігом вагітності індукцію пологів потрібно запропонувати після 41 тижня вагітності.*

*Підготовку шийки матки до індукції пологів при наявності незрілої шийки матки в терміні після 41 тижня проводять одним з наступних методів:*

* медикаментозний – простагладини Е1 та Е2, які застосовуються місцево, шляхом введення у заднє склепіння піхви;
* немедикаментозний – ламінарії, які використовуються при оцінці ступеню зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів (в цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки, за необхідності процедуру можна повторити).

**N.B.!** Естрогени та простагландин F2α з метою підготовки пологових шляхів до розродження не застосовують

При підтвердженому діагнозі вагітності в терміні 41 та більше тижнів, неефективності попередніх заходів з підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стані плода показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

**Показання та умови до індукції пологової діяльності:**

* термін вагітності 41 тижні та більше;
* стан плода за біофізичним профілем 7-8 балів;
* зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа;
* передбачувана відповідність розмірів плода і тазу матері;
* відсутність плідного міхура (амніотомія).

Індукція пологів проводиться лише за наявності інформованої згоди жінки.

Протипоказання до індукції пологів такі ж, як і для термінових пологів.

**Методи індукції пологів:** пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура; амніотомія; крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.

*Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину.*

Рекомендовано починати індукцію пологів зранку, з 6 до 8 години; після амніотомії треба оцінити якість та кількості навколоплідних вод. Ведення партограми необхідно починати з моменту виконання амніотомії. Протягом 2-3 годин необхідно спостерігати за розвитком пологової діяльності, при відсутності якої після 2-3 годин безводного періоду потрібно вводити окситоцин (внутрішньовенно крапельно). Для внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Обов’язковим є проведення катетеризації ліктьової вени роділлі. Введення окситоцину починається зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1 мОД/хв.).

При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою; у разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожні 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв.), при цьому максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Необхідно підкреслити, що застосування окситоцину може приводити до підвищення базального тонусу матки та дистресу плода.

*Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності вважається наявність 3-4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек.*

Родопідсилення проводиться зі спостереженням за станом плода та динамікою пологів.

*При відсутності ефекту протягом 6 годин слід переглянути план введення пологів та завершити їх операцією кесарського розтину.*

При нормальному перебігу пологів тактика лікаря не відрізняється від ведення фізіологічних пологів. При цьому треба пам’ятати, що у зв’язку з ризиком пологової травми, пов’язаною з макросомією, необхідно ретельніше, заздалегідь визначати масу плода як традиційними методами, так і за допомогою УЗД. Якщо очікувана маса плоду перевищує 4000 г , методом вибору є кесарів розтин.

**Окремо слід зазначити наступне:**

* спостереження за жінкою, якій проводиться індукція пологів, має бути безперервним;
* спостереження за станом плода здійснюється методом безперервної кардіотокографії;
* динамічне спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода здійснюється з веденням партограми;
* знеболювання пологів здійснюється за показаннями та при наявності поінформованої згоди жінки, при цьому наркотичні анальгетики не використовуються;
* бажаною є підтримка членів родини (партнерські пологи).

Ведення ІІІ періоду пологів має бути активним, як і при нормальних пологах, що забезпечує профілактику кровотечі.

*Характерні зміни посліду при переношеній вагітності:*

* наявність ділянок петрифікатів і жирового переродження;
* збільшення маси;
* зменшення товщини;
* склеротичні та дистрофічні зміни;
* вогнища некрозу;
* тонка пуповина.

Після народження дитини необхідним є проведення її огляду з оцінкою новонародженого за шкалою Апгар на 1, 5 та 10 хв.

Треба звернути увагу на *наявність характерних ознак переношеного новонародженого (синдром Беллентайна-Рунге)*:

* підвищена щільність кісток черепа;
* звуження швів і тім’ячок;
* різке зменшення або відсутність первородної змащування;
* зменшення підшкірно-жирового шару;
* зниження тургору шкіри; лущення шкіри, кінцівки «пралі», «банні ступні»;
* збільшення довжини нігтів;
* щільні хрящі вушних раковин та носу.

Наявність вищеописаних характерних ознак у новонародженого (2 – 3 ознаки одночасно) та особливостей посліду вимагає більш ретельного спостереження за станом породіллі та новонародженого у ранньому післяпологовому періоді.

Позитивно впливає на перебіг адаптації у новонароджених сумісне перебування матері і немовляти при запізнілих пологах. У зв’язку з тим, що пошкодження нервової системи виявляється у 50% дітей, які народилися переношеними, показано проведення нейросонографії у ранньому неонатальному періоді.

Діти від запізнілих пологів відносяться до групи ризику за розвитком респіраторних захворювань, патології нервової системи, алергічної патології та потребують диспансерного спостереження до 1 року життя на педіатричних дільницях під наглядом невропатолога.

**Профілактика переношування вагітності і ускладнень**

* раннє взяття на облік;
* ретельний нагляд за вагітними з факторами ризику переношування вагітності в жіночий консультації;
* обстеження стану плаценти і плода сучасними методами діагностики (БПП, УЗД плаценти)
* своєчасне виявлення переношування;
* раціональне ведення пологів

**V. План організації заняття**

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

**VI. Основні етапи заняття**

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.
2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація вагітних та породіль. Самостійне розв’язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану й прогнозу пологів та післяпологового періоду.
3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

**VII. Методичне забезпечення**

Місце проведення заняття –відділення патології вагітних, пологовий зал, післяпологове відділення, дитяче відділення, навчальна кімната.

Оснащення - таблиці, слайди, історії вагітності та пологів, фантоми.

**VIIІ. Контрольні запитання та завдання**

1. Яке визначення поняття «переношена вагітність» і «запізнілі пологи»?
2. Яка етіологія та патогенез переношеної вагітності?
3. Які фактори ризику переношування вагітності?
4. Які фактори перинатального ризику для новонародженого при переношуванні вагітності?
5. Які клінічні ознаки переношеної вагітності?
6. Які методи діагностики переношеної вагітності?
7. Яка тактика ведення переношеної вагітності?
8. Як встановити ступінь зрілості шийки матки?
9. Які показання для індукції пологів при переношуванні?
10. Які методи індукції пологів застосовують при переношуванні?
11. Які особливості перебігу пологів при переношуванні?
12. Які показання до кесарева розтину при переношуванні?
13. Які характерні ознаки переношеного новонародженого?
14. Які зміни посліду при переношуванні?
15. Які особливості нагляду за переношеними малюками?
16. Які методи профілактики переношування вагітності?

**ІХ. Завдання для позааудиторної роботи:**

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику ускладнень переношеної вагітності.

2. Оцінити результати лабораторних досліджень при переношеній вагітності.

3. Оцінити результати УЗД при переношеній вагітності.

4. Провести оцінку функціонального стану плода.

5. Визначити термін і тактику розродження при переношеній вагітності.

6. Визначити методи профілактики ускладнень переношеної вагітності.

**Х.Тестовий контроль**

1. У відділенні патології вагітності перебуває жінка, 29 років - вагітність І, 42 тижні. При вагінальному дослідженні виявлено: положення шийки матки між крижами і провідною віссю тазу; довжина до 2 см, консистенція шийки розм'якшена; відкриття зовнішнього вічка до 1 см; передлегла частина плода - голівка притиснута до площини входу у малий таз. Оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.

А. Шийка матки «незріла».

В. Шийка матки «недостатньо зріла».

С. Шийка матки «зріла».

2. До пологового залу поступила першороділля з вагітністю 42 тижні зі скаргами на регулярні перейми по 30 секунд через 8-10 хвилини протягом 4 годин. За даними вагінального дослідження: шийка матки розташована по вісі тазу, вкорочена до 0,5 см, м'яка, відкриття зовнішнього вічка 3 см, плодовий міхур цілий, передлежить голівка плода, притиснута до площини входу в малий таз. Який діагноз?

А. Вагітність І, 42 тижні, переношена, І період пологів, латентна фаза.

В. Вагітність І, 42 тижні, переношена, І період пологів, активна фаза.

С. Вагітність І, 42 тижні, переношена, І період пологів, фаза уповільнення.

D. Вагітність І, 42 тижні, переношена, ІІ період пологів.

3. У відділення патології вагітності поступила жінка 26 років. Вагітність перша. За останньою менструацією дата пологів була 15 днів тому. Відмічає зниження маси тіла до 1,5 кг протягом останнього тижня. Положення плода поздовжнє, головка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плоду ритмічне 141 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено: шийка матки відхилена до заду, довжина її збережена, щільна, зовнішнє вічко закрите. Через склепіння пальпуються щільні кістки черепа плоду. При проведенні УЗД виявлено маловоддя, хоріальна пластинка зазубрена, плацента потоншена, з множинними кальцинатами, Який діагноз найбільш ймовірний?

A. Переношена вагітність.

B. Плацентарна дисфункція.

C .Внутрішньутробна гіпоксія плода.

D. Внутрішньоутробне інфікування плоду.

E. Гемолітична хвороба.

4. Відбулися пологи живим плодом чоловічої статі, масою 3400 г, довжиною 52 см. Жінка під диспансерним наглядом не була. При огляді дитини виявлено: сироподібне змащення відсутнє, шкіра суха, мацерована, на ступнях та долонях – поморщена, колір шкіри зеленуватий, кістки черепа щільні, шви та тім’ячка звужені, плацента з множинними кальцинатами. Який патологічний стан відмічається у даної дитини?

A. Переношений плід.

B. Асфіксія новонародженого.

C. Вроджена вада розвитку

D. Гемолітична хвороба новонародженого.

E. Внутрішньоутробне інфікування плоду.

5. У переношеного новонародженого, що народився на 43-му тижні вагітності, відзначається апное, блідість шкіри, тіло вкрите зеленуватою амніотичною рідиною. Які перші кроки в реанімації новонародженого?

A. Відсмоктування слизу із трахеї під прямим контролем.

B. Штучна вентиляція легень із застосуванням ендотрахеальної трубки

C. Застосування 100% кисню

D. Штучна вентиляція із застосуванням апарата "маска-міхур"

E. Катетеризація умбілікальної вени

6. Голівка новонародженого має доліхоцефалічну форму. При огляді голівки на потиличній частині визначається пологова пухлина, розташована на середині між великим і малим тім'ячком. При якому передлежанні голівки плоду відбулися описані пологи?

1. При лицевому передлежанні
2. При передньому виді потиличного передлежання
3. При передньоголовному передлежанні
4. При лобовому передлежанні
5. При задньому виді потиличного передлежання

7. При внутрішньому акушерському дослідженні породіллі крижова западина цілком заповнена голівкою плоду, сідничні ості не визначаються. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до симфізу. У якій площині малого таза знаходиться передлежача частина плоду?

1. Площина вузької частини порожнини малого таза
2. Площина широкої частини порожнини малого таза
3. Площина виходу з малого таза
4. Площина входу в малий таз
5. Над входом у малий таз

8. При піхвовому дослідженні через 6 годин після початку пологової діяльності визначається: відкриття шийки матки до 5 см, передлежить голівка плоду, притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі входу в малий таз, мале тім'ячко зліва, збоку. Про який момент біомеханізму родів йде мова?

A. Згинання голівки

B. Розгинання голівки

C. Внутрішній поворот голівки

D. Додаткове згинання голівки

E. Внутрішній поворот плічок

9. Положення плода подовжнє, голівка малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв., зліва нижче пупка. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім’ячко зліва ближче до лона. Вкажіть позицію та вид позиції:

A. Перша позиція, задній вид

B. Перша позиція, передній вид

C. Друга позиція, передній вид

D. Друга позиція, задній вид

E. Високе пряме стояння стрілоподібного шва

10. Роділля 23 років. При внутрішньому акушерському дослідженні розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Передлежить голівка, в площині виходу з малого тазу. Стрілоподібний шов в прямому розмірі виходу з тазу, мале тім'ячко ближче до лона. Яким розміром голівка народиться плід при даному варіанті передлежання?

A. Малим косим

B. Прямим

C. Поперечним

D. Середнім косим

E. Великим косим

**ХI. Ситуаційні задачі.**

**1.** Вагітна 29 років поступила у відділення патології вагітних з першою вагітністю, строк – 42 тижні. При внутрішньому акушерському досліджені встановлено, що шийка матки відхилена до заду, її довжина 2 см, зовнішнє вічко закрите, передлегла частина – голівка плода, рухома над входом у малий таз.

***Завдання:*** Оцінити ступінь зрілості шийки матки, визначити тактику ведення вагітності.

**2.** Вагітна 28 років поступила в акушерський стаціонар з пологовою діяльністю, термін вагітності 42-43 тижні. Перейми - 4-5 маткових скорочень за 10 хвилин с тривалістю 40-50 секунд. При зовнішньому дослідженні висота дна матки 41 см, окружність живота 112 см, передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз, ЧССП 147 уд/хв.

***Завдання:*** Визначити передбачувану масу внутрішньоутробного плоду та тактику ведення пологів.

**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