**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 «Проблема макросомії в сучасному акушерстві».**

**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: «Проблема макросомії в сучасному акушерстві»**

**1. Науково-методичне обґрунтування теми**

В останнє десятиріччя кількість народжень великих плодів зросло: воно складає 8–18%. Народження гігантських дітей спостерігається дещо рідше. При макросомії підвищений ризик внутрішньоутробної і неонатальної смерті, пологової травми та інших неонатальних ускладнень.

Спостерігається збільшення материнської смертності при пологах великим плодом, що обумовлено більшою частотою кесаревого розтину, післяпологових кровотеч, травм промежини і післяпологової інфекції.

Діагноз макросомії ставлять, якщо маса дитини при народженні становить більше 4000 г. Хоча точний діагноз установлюють тільки після народження дитини. Через високий ризик ускладнень у пологах особливого значення набуває дородова діагностика макросомії.

**2. Навчально-виховні цілі**

***Знати:*** Визначення передбачуваної маси плода та його зросту, основні причини розвитку великого плода, методи діагностики великого плода, особливості перебігу вагітності та пологів при великому плоді, особливості ведення пологів при великому плоді, основні методи профілактики великого плода.

***Вміти:***Визначати співвідношення між голівкою плода і тазом матері прийомами Вастена, вимірювання розміру Цангемейстера, проводити пельвіометрію, ставити діагноз клінічно вузького тазу, ставити діагноз великий плід.

**3. Вихідні та базові знання**

Анатомія - анатомічна будова кісткового тазу та голівки новонародженого.

Фізіологія - фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.

**4. Зміст навчального матеріалу**

**Етіологія**

Хоча розвиток макросомії плода пов'язаний з безліччю факторів, у більшості жінок, що мають фактори ризику, народжуються діти з нормальною масою тіла.

Говорячи про причини макросомії, найчастіше згадують цукровий діабет у матері. Однак насправді це захворювання зустрічається не так часто (35-40% всіх немовлят з макросомією).

Переношена вагітність (10-20%) - другий по частоті фактор ризику. При пологах на 41-му тижні вагітності (і пізніше) маса немовляти перевищує 4500 г в 2,5% випадків.

Ожиріння у матері (10-20%), що діагностують при масі тіла жінки до вагітності понад 90 кг, також призводить до розвитку макросомії плода. Крім того, клінічне й ультразвукове визначення маси плода у жінок з ожирінням утруднене.

Інші фактори ризику включають: велику кількість пологів в анамнезі, народження в минулому немовляти з макросомією, високий ріст вагітної, вік вагітної більше 35 років, синдром Бекуіта-Відемана (гіперплазія островкових клітин підшлункової залози).

**Діагностика великого плода**

Збирають анамнез і проводять фізикальне дослідження. Вимірюють масу й ріст вагітної, з'ясовують масу попередніх дітей при народженні й виключають цукровий діабет.Клінічні методи оцінки засновані на прийомах Леопольда або вимірюванні висоти стояння дна матки, найчастіше ненадійні.

Діагноз підтверджують за допомогою УЗД. При фетометрії розміри й маса плода оцінюються з урахуванням клінічних даних і факторів ризику макросомії, оскільки УЗД нерідко дає хибно-позитивні результати. Доступні в наш час ультразвукові методики дозволяють визначити масу плода з точністю ± 15-20%.

Оскільки одне із частих ускладнень в пологах при макросомії — утруднене народження плечиків, визначають різницю між окружністю голівки й окружністю грудної клітки плода. Цей показник особливо важливий при цукровому діабеті вагітних. Макросомію можна запідозрити тільки при значній різниці зазначених розмірів.

Основою діагностики великого плода під час вагітності й пологів є застосування традиційних методів - таких, як вимірювання висоти стояння дна матки над лоном і окружності живота, що проводить лікар при кожному візиті вагітної. У жінки, що виношує великий плід, уже з 24-ого тижня достовірне перевищення висоти стояння дна матки й окружності живота становить 3-3,5 см і більше від норми для даного строку вагітності, і ця тенденція зберігається до пологів.

На великий плід у пологах вказує обвід живота (на рівні пупка) понад 100 см, висота стояння дна матки над лоном більше 42 см. Ультразвукова діагностика дає найбільш точні дані, з її допомогою визначаються величина біпарієтального розміру голівки (це розмір, знаходиться між скроневими областями), окружності живота, довжина стегнової кістки плода. У великих плодів показники виміру плода звичайно бувають на 2 тижні більше в порівнянні з нормою для даного строку вагітності. Важливо також відношення довжини стегнової кістки до окружності живота.

**Тактика ведення пологів**

Вагітним з високим ризиком макросомії плода й тим жінкам, у яких уже виявлений плід з високою для даного строку гестації масою тіла, необхідне проведення серії повторних УЗД для динамічної оцінки росту плода.

Тому що при макросомії плода підвищена частота родових травм і кесаревого розтину, у багатьох випадках рекомендують раннє родозбудження з метою збільшення ймовірності пологів через природні родові шляхи. Тим не менш, родозбудження при «загрозливій макросомії» не зменшує частоту кесаревих розтинів. Тому цей підхід у цілому не рекомендований.

Основне ускладнення пологів при макросомії — утруднене народження плечиків, що призводить до травм плода й матері. Накладання акушерських щипців і вакуум-екстракція плода протипоказані.

Родорозрішення через природні родові шляхи при макросомії плода повинно відбуватись під пильним спостереженням, з можливістю термінової анестезіологічної допомоги й наявністю поруч бригади неонатологів - реаніматологів.

При утрудненому народженні плечиків плода застосовують спеціальний прийом — породілля згинає ноги в тазово-стегнових суглобах і притискає коліна до грудей. Якщо при цьому вивести переднє плічко все-таки не вдається, роблять розсічення промежини й виводять заднє плічко. У більшості випадків зазначених допомог достатньо для сприятливого завершення пологів.

Відповідно до розповсюдженої думки, «якщо дитина народилася великою, мамі повезло - маля міцне і здорове». Але лікарі не розділяють цієї думки: пологи великим плодом викликають у них занепокоєння через нерідкі ускладнення для мами й дитини. Про великий плід прийнято говорити, якщо при народженні дитина має масу тіла від 4000 до 5000 г, гігантським (велетнем) плід уважають у тому випадку, якщо його маса перевищує 5000 г.

Як великий, так і гігантський плід звичайно відрізняється від інших плодів не тільки більшою масою - збільшення маси тіла супроводжує збільшення довжини тіла й інших показників. Розвиток плода визначається станом здоров'я вагітної жінки і є залежним від стану плаценти, що здійснює складні функції в системі материнсько-плодових відносин. При відсутності впливів, що ушкоджують, зовнішніх і внутрішніх факторів плід росте по певних закономірностях.

**Перевищення окружності живота**

У жінки, що виношує великий плід, уже з 24-ого тижня достовірне перевищення окружності живота становить 3 - 3,5 см. і більше від норми для даного строку вагітності. Розвиток великого плода в гармонійно розвинених, високих, здорових батьків можна вважати фізіологічним спадково обумовленим явищем. Великі діти в таких випадках характеризуються пропорційним збільшенням розмірів тіла й не мають яких-небудь патологічних проявів.Діти при народженні мають як більшу масу тіла, так і довжину. Величина співвідношення довжини стегнової кістки до окружності живота, визначена при ультразвуковому дослідженні, залишається в межах нормальних індивідуальних коливань. Відзначається збільшення ризику народження великих дітей у батьків, які самі народилися великими (більше 4000 г). Ризик народження великої дитини високий у жінок, що мали в минулому пологи великим плодом.

Ймовірно, повторне народження великих плодів в однієї й тої ж жінки є не випадковим і обумовлено, ймовірно, індивідуальними особливостями кровообігу в матково-плацентарній системі.

**Ендокринно-обмінні захворювання (цукровий діабет, ожиріння)**

При наявності цукрового діабету - захворювання, при якому порушений процес засвоєння глюкози, змінені всі види обміну речовин, - або при його розвитку під час вагітності відзначається порушення вуглеводного обміну у бік його прискорення.

Це призводить до надлишкового вмісту глюкози в крові матері й пуповинній крові плода, сприяє підвищенню маси плода, нерідко супроводжується змінами ліпідного обміну з нагромадженням жирового запасу. Плід росте нерівномірно, його ріст то прискорюється, то вповільнюється, що обумовлено періодами підвищеного або зниженого вмісту цукру в крові матері.

При цукровому діабеті можуть народжуватися великі діти з наступними ознаками: місяцеподібним одутлим обличчям, короткою шиєю, широким плечовим поясом, більшим тулубом за рахунок збільшення печінки, селезінки, підшкірно-жирового шару. Відзначається збільшення не тільки маси тіла, але і його довжини, однак дитина непропорційна. Розміри голівки й довжина стегнової кістки перебувають на верхній межі норми, величина окружності живота перевищує її, а відношення довжини стегнової кістки до окружності живота перебуває нижче індивідуальних нормальних коливань. Існує залежність між масою плода й тривалістю діабету (маса плода зростає в міру збільшення тривалості захворювання матері до 6 років).

Відзначається пряма залежність між ступенем ожиріння вагітної й середньою масою немовляти. Ожиріння батька дитини також розцінюється як один з факторів ризику народження великого плоду. Великий плід розвивається далеко не у всіх жінок при наявності ожиріння, оскільки при ожирінні можуть сформуватися умови, що викликають порушення матковоо-плацентарного кровообіку.

**Механізм формування великого плода у жінок з ожирінням**

У жінок з ожирінням рівень цукру в крові в другому й третьому триместрах вагітності трохи підвищений, що вказує на можливе погіршення засвоєння глюкози при надлишковому її надходженні із продуктами харчування й обумовлено відносною інсуліновою недостатністю, тобто має місце прихований цукровий діабет.

Проникнення великої кількості глюкози в організм плода приводить до того, що підшлункова залоза починає функціонувати з підвищеним навантаженням і відповідним депонуванням глюкози, що в остаточному підсумку призводить до формування великого плода.

**Переношування**

Збільшення тривалості вагітності може призвести до народження великих дітей. Однією з онак переношування є маса плода 4000 г і більше, при цьому відзначається збільшення його довжини й обвіду голівки. При переношуванні - кістки черепа стають масивнішими та щільнішими, шви менш широкі та втрачають здатність до розтягнення, внаслідок чого рухливість кісток черепа (конфігурація) знижена, що може ускладнити перебіг пологів.

**Морфофункціональні особливості плаценти при розвитку великого плода**

Морфофункціональні особливості плаценти також сприяють розвитку великого плода. У випадку народження великого плода відзначаються більші розміри й маса плаценти. Більша товщина (більше 5 см), площа й об’єм плаценти призводять до більш інтенсивного обміну й прискореного розвитку плода.

Гормональна функція плодово-плацентарної системи у вагітної з великим плодом характеризується нестійкістю, зміна рівня плацентарних гормонів у крові опосередковано впливає на обмінні процеси в організмі матері й у такий спосіб впливає на ріст і розвиток плода. Збільшення обєму циркулюючої крові при інтенсивному кровопостачанні також сприяє розвитку великого плода: у таких умовах плід одержує більше поживних речовин.

Розташування плаценти по задній стінці матки сприяє розвитку великого плода: ймовірно, при такому розташуванні плода створюються більш сприятливі умови для кровопостачання плода. Більші діти при повторних вагітностях народжуються внаслідок кращих умов внутрішньоутробного харчування, пов'язаного з розвитком мережі кровоносних судин у стінці матки. Певну роль відіграють кращі умови для розвитку плода внаслідок більшої розтяжності матки й меншого опору черевного преса.

Частіше підвищення маси плода зустрічається між третіми й п'ятими родами. Безконтрольне тривале застосування лікарських препаратів, що поліпшують матково-плацентарний кровообіг, також сприяє росту плода. Великі розміри частіше зустрічаються в плодів чоловічої статі. У жінок молодого (до 20 років) і старшого віку (після 34 років) також часто відзначається народження великих дітей.

Наявність запальних захворювань жіночих статевих органів, порушення менструального циклу в минулому теж може вплинути на розвиток великого плода.

**Надлишкове харчування вагітної як причина розвитку великого плода**

До найбільш високих факторів ризику можна віднести аліментарно-обмінне ожиріння (ожиріння через збільшення споживання їжі) і спадковість.

Харчування повинне задовольняти потреби материнського організму й зростаючого плода. Поліпшення соціально-побутових умов, надлишкове висококалорійне харчування - з одного боку, з іншого боку - гіподинамія, зменшення використання фізичної праці, а виходить, зниження енерговитрат - все це негативно позначається на здоров'ї вагітної.

Вживання в їжу пряно-ароматичних речовин, у значній мірі підвищений апетит, надлишкове споживання вуглеводів (хлібобулочних і кондитерських виробів) і жирів, швидкий прийом їжі призводить до надходження надлишкової кількості калорій і через неможливість їхнього адекватного засвоєння несприятливо позначається на обмінних процесах: у крові вагітної відзначається підвищення цукру, ліпідів, холестерину. Це призводить до тучності в матері й збільшує ризик розвитку великого плода.

Основним тестом для оцінки раціонального харчування жінки в другій половині вагітності служить збільшення ваги тіла. Саме надлишкове збільшення маси тіла жінки в другій половині вагітності позначаються на темпах приросту ваги плода, тому що на початку вагітності відбувається закладка органів і систем, а в другій її половині (особливо в третьому триместрі) - ріст і збільшення м'язової маси. Приріст ваги вагітної понад 0,5 кг за тиждень і його збільшення за період вагітності більш ніж на 15 кг свідчить або про наростання набряків, або про відкладення жиру.

**Контроль за вагою вагітної**

Запідозрити великий плід дозволяє збільшення потижневого збільшення маси тіла більш ніж на 0,5 кг, а також загальне збільшення маси тіла вагітної більше 15 кг при відсутності симптомів гестоза - набряків, підвищення артеріального тиску, появи білка в сечі. Можливі ускладнення в ході пологів. Пологи великим плодом, як правило, починаються вчасно. Однак при переношуванні вони можуть бути запізнілими, а при цукровому діабеті - передчасними.

У жінок високого зросту частота ускладнень під час вагітності й у пологах несуттєва. Особливостями перебігу родового акту є наступні ускладнення (частота їх прямо пропорційно зростає з ростом маси плода). Несвоєчасне злиття навколоплідних вод - до початку родової діяльності (передчасне) або до відкриття шийки матки (раннє) - пов'язане з високим стоянням голівки плода, відсутністю розмежування вод на передні й задні, а також, очевидно, з особливостями плодового міхура й нерідко - супутнього багатоводдя.

Із злиттям вод може випасти петля пуповини, що створює загрозу життю плода.

**Ускладнення під час пологів великим плодом**

*Дискоординовані скорочення матки* характеризуються хворобливими неефективними переймами недостатньої інтенсивності й тривалості, а слабість родової діяльності - короткими переймами невеликої сили або рідких переймів нормальної сили й тривалості, що приводить до вповільненого розкриття шийки матки.

Більша частота *слабкості родових сил* пояснюється перерозтягненням мускулатури матки, особливо її нижнього сегмента, великою площею плаценти й необхідністю значних зусиль для просування великого плода по родовому каналі. Гостра гіпоксія плода (недостатнє надходження кисню) розвивається внаслідок затягування пологів, стомлення роділлі, інфікування на тлі наростання безводного проміжку.

Ситуація *клінічно вузького таза* складається в результаті невідповідності великої голівки крупного плода нормальним розмірам таза матері.

*Дистоція плечиків* є формою клінічно вузького таза, оскільки існує невідповідність між розмірами малого таза жінки й розмірами плечового пояса плода. При цьому голівка плода завдяки своїй округлій формі поступово просувається, розтягуючи родові шляхи, у той час як плічка плода, маючи прямокутну форму, після народження голівки як би застряють. Такі критичні ситуації вимагають певних професійних навичок у наданні допомоги (ряду прийомів) по звільненню плечового пояса й можуть супроводжуватися переломом ключиці, плеча, травмою в шийному відділі хребта в немовляти.

Дистоція плечиків частіше спостерігається у великих плодів з діабетичною фетопатією, тобто особливостями розмірів, характерними для жінок, що страждають цукровим діабетом. Збільшення числа оперативних втручань пов'язане з ускладненнями, що зустрічаються, у пологах. Відзначається збільшення частоти родорозрішень шляхом операції кесаревого розтину при виражених ознаках клінічно вузького таза, слабкості родової діяльності, яка не піддається медикаментозній корекції.

При поєднанні великого плода із тазовим передлежанням, рубцем на матці, переношуванням у первістки старшого віку, наявності різних захворювань, несприятливому плині попередніх вагітностей і пологів кесарів розтин проводиться в плановому порядку.

**Післяпологові ускладнення у матері**

При пологах великим плодом відзначаються кровотечі в послідовому і ранньому післяпологовому періоді у зв'язку зі зниженою скоротливою здатністю матки й наявністю великої раньової поверхні на місці прикріплення плаценти.

У зв'язку із цим збільшується кількість операцій ручних обстежень стінок порожнини матки; під час цієї процедури роблять видалення частин, що не відділилися, плаценти, а також масаж матки, що сприяє скороченню м'язів матки й зупинці кровотечі. У породіль з великим плодом частіше виникають розриви промежини, глибокі розриви піхви, тому з метою профілактики травматизації матері й плода широко застосовують розсічення промежини.

У післяпологовому періоді відзначається вповільнена інволюція (зворотний розвиток) матки, анемія, гіпогалактія. У жінок з надлишковою масою тіла частіше розвиваються тромбоемболічні ускладнення - виникнення тромбів, частіше в судинах нижніх кінцівок, відзначаються гнійно-септичні ускладнення.

**Несприятливі наслідки для немовлят**

Внутрішньоутробна гіпоксія плода під час вагітності й пологів може призвести до народження дитини в стані асфіксії - припинення надходження кисню плоду. Відзначається вповільнений плин періоду адаптації в немовляти. Часто у великих немовлят виникають неврологічні порушення (занепокоєння, тремор - м'язові посмикування, зміна тонусу м'язів і рефлексів), що є проявом порушення мозкового кровообігу, зустрічаються й досить серйозні родові травми.

Більша частота гнійно-септичних ускладнень (наприклад, запалення пуповинної ранки й т.п.) у великих дітей обумовлена первинним імунодефіцитом (зниження кількості імуноглобулінів). Ці діти викликають тривогу не тільки неонатологів і педіатрів, але й невропатологів і ендокринологів, тому що вони схильні до цукрового діабету, ожирінню, частіше мають відхилення в нервово-психічному статусі.

**Методи профілактики макросомії**

**Пологи** великим плодом можна поставити на грань між нормою й патологією. Тому головна мета, що переслідується при веденні вагітності й пологів великим плодом - запобігти можливим ускладненням. Для жінок, що входять у групу ризику, обов'язкова дородова госпіталізація для підготовки до родів і вибору методу оптимального родорозрішення. Пологи ведуться з постійним моніторним контролем за станом плода й скорочувальною діяльністю матки. Проводиться ретельний контроль за прогресом пологів (темпом розкриття шийки матки, вставлянням голівки й просуванням її по родовому каналі) з метою своєчасної діагностики слабості родової діяльності або клінічно вузького таза.

Якщо розміри плода перевищують норму, необхідне постійне спостереження за роділлею, застосування спазмолітиків, знеболювання, своєчасного призначення родостимулюючої терапії, проведення профілактики гіпоксії плода. При виявленні відхилень від нормального перебігу пологів вибір робиться на користь операції кесаревого розтину.

Для профілактики кровотечі в момент прорізування голівки або відразу після пологів жінці вводять утеротоніки, після пологів ставлять крапельницю із окситоцином. Навіть при сприятливому закінченні пологів і народженні дитини в задовільному стані необхідно ретельне спостереження за немовлям. При правильному й дбайливому підході великі діти й діти-гіганти надалі нормально розвиваються.

Профілактика макросомії (великого розміру) плода проводиться в першу чергу в жінок з виявленими порушеннями обмінних процесів, у вагітних з ожирінням, надлишковим харчуванням, цукровим діабетом.

Ретельний контроль проявів цукрового діабету протягом вагітності зменшує частоту макросомії плода. Жінкам з ожирінням необхідно порекомендувати знизити масу тіла до зачаття. При першій вагітності таким пацієнткам радять уникати великого збільшення маси тіла; щодо цього може бути ефективним консультація дієтолога.

***Дієта.*** Для профілактики великого розміру плода лікар дає жінці наступні рекомендації з режиму харчування:

Необхідно харчуватися раціонально й збалансовано, зменшуючи в раціоні кількість макаронних, хлібобулочних, кондитерських виробів, скорочуючи споживання жирів при збереженні достатньої кількості білків, включаючи в раціон велику кількість фруктів і ягід. Енергетична цінність дієти повинна перебувати в межах 2000-2200 ккал (білки - 120 г, вуглеводи - 250 г, жири - 65 г), а при порушенні жирового обміну - до 1200 ккал. Їсти треба не кваплячись. Бажано їсти часто ( 5-6 разів у день), невеликими порціями.

Вагітним групи ризику по формуванню великого плода, призначають переважно овочеву дієту (салати, зелень, стручкову квасолю, томати, капусту, з жирів - рослинні масла). Таким жінкам рекомендують зовсім виключити з раціону вуглеводи, що легко засвоюються (випічка, кондитерські вироби).

Обов'язково поєднувати дієту із щоденним виконанням комплексу фізичних вправ протягом 20-30 хв (при відсутності протипоказань).

**Захворюваність і смертність матері та плода при пологах великим плодом**

При макросомії підвищений ризик внутрішньоутробної й неонатальної смертності, родової травми, особливо дистоції плечиків і ушкодження плечового сплетіння. Інші неонатальні ускладнення включають гіпоглікемію, поліцитемію, гіпокальциємію й жовтяницю.

Збільшення материнської смертності при пологах великим плодом в основному обумовлено більш високою частотою кесаревого розтину. Інші ускладнення у матері включають післяпологову кровотечу, травму промежини й післяпологову інфекцію.

**5. План організації заняття.**

* Організаційний момент 2% навчального часу
* Мотивація теми 3% навчального часу
* Контроль вихідного рівня знань 20% навчального часу
* Самостійна робота студентів 35% навчального часу
* Контроль остаточного рівня знань 20% навчального часу
* Оцінка знань студентів 15% навчального часу
* Узагальнення викладачем завдання додому, зауваження 5% навчального часу

**6. Основні етапи заняття.**

А) Підготовчі – за допомогою контрольних запитань, ситуаційних задач визначити підготовку студента до виконання самостійної роботи, при позитивній оцінці – допустити до роботи і видати індивідуальне завдання.

Б) Основні – під керівництвом викладача студенти на фантомі відпрацьовують навики вимірювання основних та додаткових розмірів тазу, наочно на фантомі тазу визначають площини та розміри малого тазу. На муляжі новонародженого визначають розміри голівки плода та тулуба. Поділивши студентів на дві групи, під керівництвом викладача в жіночій консультації, відділенні патології вагітних, пологовому залі студенти збирають анамнез у вагітних, роділь, проводять пельвіометрію. Разом з викладачем проводиться піхвове дослідження, вимірюють conjugata diagonalis та розраховують conjugata vera.

В) Заключні – контроль остаточного рівня знань за допомогою тестових та ситуаційних задач, загальна оцінка за тему, завдання додому, завдання до навчально-дослідної роботи студентів.

**7. Методичне забезпечення.**

*Місце проведення занять:* навчальна кімната, палати відділення патології вагітних та в жіночій консультації.

*Оснащення:* таблиці, фантом, лялька, тазомір. Для обстеження повинні бути підготовлені декілька жінок у відділенні патології вагітних.

**8. Контрольні запитання**

1. Повторення розмірів нормального тазу?
2. Поняття: анатомічно звужений таз і клінічно вузький тази?
3. Причини, що викликають розвиток великого плода?
4. Методи діагностики великого плода?
5. Перебіг вагітності при крупному плоді?
6. Перебіг пологів при крупному плоді?
7. Ускладнення пологів при крупному плоді?
8. Особливості догляду за новонародженими?

**9. Тестовий контроль**

1. Який таз називають клінічно вузьким?

1. Коли має місце невідповідність між розмірами голівки плода і таза матері.
2. В якому зменшені всі прямі розміри, а поперечні – збільшені.
3. Таз, в якому всі або хоча б один розмір, зменшені на 1,5-2см і більше.
4. В якому зменшені всі прямі розміри, а поперечні – збільшені.
5. В якому зменшені розміри виходу з м/тазу на 1-1,5 см.

2. Коли визначається ознака Вастена?

1. Після відходження навколоплідних вод
2. При отриманні дородової відпустки
3. В 38-39 тижн
4. В 40-42 тижн
5. При загрозі передчасних пологів

3. Крупним плодом називають плід з масою тіла (гр.):

1. 4000 і більше
2. 3700 і більше
3. 4500 і більше
4. 3500 і більше
5. 5000 і більше

4. Гігантським плодом називають плід з масою тіла (гр.):

1. 5000 і більше
2. 4000 і більше
3. 4500 і більше
4. 5500 і більше
5. 6000 і більше

5. При симетричній формі макросомії величина біпарієтального розміру голівки, обвід живота і довжина клубової кістки:

1. Вище нормальних показників
2. Дорівнює нормальним показникам
3. Нижче нормальних показників
4. Не являється інформативними показниками

6. Діти з симетричною формою макросомії при народженні мають:

1. Велику вагу і велику довжину
2. Велику вагу і нормальну довжину
3. Велику вагу і зменшену довжину
4. Нормальну вагу і велику довжину

7. При асиметричній формі макросомії величина біпарієтального розміру голівки і довжина клубової кістки знаходяться:

1. На верхній межі норми
2. Вище норми
3. Нижче норми
4. Не являється інформативними показниками

8. При асиметричній формі макросомії величина обвіду живота:

1. Вище норми
2. На верхній межі норми
3. Нижче норми
4. Не являється інформативними показниками

9. Роділля, яка доставлена в клініку поводить себе неспокійно. Перейми слідують одна за одною без перерви. Висота стояння дна матки 115 см, окружність живота 45 см. Визначається різка болючість живота, особливо в нижній його частині. Контракційне кільце на рівні пупка, розміщене косо. Серцебиття плода не вислуховується. Внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка притиснута до входу в малий таз, є велика родова пухлина. Лікар встановив діагноз: загроза розриву матки, внутрішньоутробна загибель плода. Який метод родорозрішення правильний?

1. Наркоз та провести плодоруйнівну операцію
2. Наркоз та припинити пологову діяльність
3. Стимуляція пологової діяльності
4. Кесарів розтин
5. Наркоз та накласти акушерські щипці

10. Роділля з передбачуваною масою плода 4 100 г. Другий період пологів. Народилась голівка плода. Плічка не народжуються. Плід починає страждати. Що необхідно зробити?

1. А. Кесарський розтин.
2. В. Накласти акушерські щипці.
3. С. Перинеотомію, максимально притиснути коліна та стегна до грудей.
4. Заправити голівку плода в таз.

**10. Ситуаційні задачі**

***Задача*** ***№ 1.*** Роділля Н., 29 р. Вагітність четверта. Перша закінчилась терміновими пологами живим плодом масою 3500 г. Навколоплідні води вилились 2 години тому при майже повному розкритті шийки матки, після чого перейми стали слабкі і нетривалі. Приєднались малопродуктивні потуги. Просування голівки затрималось, потуги стали ще слабкіші. Об'єктивно: стан роділлі задовільний. Температура тіла 36,6°С. Зріст – 162 см., маса тіла – 79 кг. Окружність живота – 114 см, висота стояння дна матки над лоном - 36 см. Матка овоїдної форми. Розміри тазу: 26-29-32-21 см. Положення плода повздовжнє. Передлежача частина - голівка малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плода – 140 уд./хв., ясне, ритмічне, зліва нижче пупка. Орієнтовна маса плода за формулою Лебедева - 4100 г. Потуги короткі, самостійні. Розмір Цангемейстера – 22 см; ознака Генкель-Вастена позитивна. Дані піхвовою дослідження: повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Стрілоподібний шов - в поперечному розмірі входу, мале і велике тім’ячка розташовані на одному рівні. Стрілоподібний шов злегка нахилений до мису крижів, трохи нижче опущена тім'яна кістка, на якій визначається пологова пухлина. Екзостозів немає.

Діагноз? Клінічні ознаки, які підтверджують діагноз? План подальшого ведення цих пологів?

***Задача*** ***№ 2.*** ІІ вагітність 37 тиж в 44 роки. Розміри тазу 23-25-27-20 см**.** Висота стояння дна матки 110 см, окружність живота 41 см. Перейми тривають 12 годин, води відійшли 4 години тому. Перейми різко болючі. Голівка притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена врівень. Поведінка роділлі неспокійна. При піхвовому дослідженні повне відкриття шийки матки, стрілоподібний шов в поперечному розмірі. Діагональна конюгата 11 см. Серцебиття плоду 160-180 уд за 1 хв.

Діагноз? Тактика лікаря?

***Задача*** ***№ 3.*** Роділля 25 років. ІІ термінові пологи. Розміри тазу 25-28-31-20 см. Хворіє на цукровий діабет середнього ступеня важкості. Дитина від І пологів народилась з вагою 3600. Перейми тривають 6 год, слабкі. Навколоплідний міхур цілий, розкриття ш/матки – 8 см. Передбачувана маса плода 4700-4800. Серцебиття плоду 140/хв., ясне, ритмічне.

Діагноз? Тактика лікаря?

***Задача*** ***№ 4.*** У пологовий будинок поступила вагітна з великим плодом у тазовому передлежанні у термін вагітності 38 тиж. При обстеженні встановлено простий плоский таз І ступеня звуження.

Яку тактику Ви обиратиме?

***Задача*** ***№ 5.*** Пологи І. Розміри таза: 25–28–31–20 см. Очікувана маса плода – 4 000 г. Серцебиття плода 140 уд/хв, ритмічне. Пологова діяльність активна. Відійшли навколоплідні води. Ознака Вастена – врівень, шийка матки згладжена, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі площини входу. Діагональна конюгата – 12 см.

Які дані свідчать на користь клінічно вузького таза?

**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