

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
НАУКОВО-МЕТОДИЧНИЙ ЦЕНТР ВФПО
ВІДОКРЕМЛЕНИЙ СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ
ЖИТОМИРСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Навчально-методичний посібник матеріалів
студентського регіонального онлайн семінару-тренінгу
«Актуальні питання в клінічній медицині»
для студентів спеціальності 223 «Медсестринство»
освітньо-професійних програм
«Акушерська справа», «Лікувальна справа»,
«Сестринська справа»

КОНКУРС “Педагогічний ОСКАР–2022”

НОМІНАЦІЯ 2. Інновації у створенні й
упровадженні сучасних методик, форм,
прийомів викладання, навчально-методичного
забезпечення освітнього процесу

ВИД РОБОТИ Навчально-методичний посібник
матеріалів студентського регіонального
онлайн семінару-тренінгу з акушерсько-
гінекологічних дисциплін

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 22 «Охорона здоров'я»

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 223 «Медсестринство»

Укладачі:

Козирацька Людмила Миколаївна, викладач акушерсько-гінекологічних дисциплін, викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач – методист;
Ожго Наталія Станіславівна, викладач дисципліни «Медсестринство в хірургії»,
Лаговська Галина Іванівна, викладач першої кваліфікаційної категорії;
викладач акушерсько-гінекологічних дисциплін, викладач вищої кваліфікаційної категорії, викладач – методист;
Яворська Тетяна Іванівна, викладач дисципліни «Медсестринство в акушерстві та гінекології», викладач першої кваліфікаційної категорії.

Рецензенти:

Ільченко Валентина Іванівна – завідувач відділення патології вагітних ОКУ Житомирського обласного перинатального центру;
Кравчук Віктор Вільгельмович – завідувач гінекологічним відділенням Житомирського обласного онкодиспансеру Житомирської обласної ради

В умовах сучасного розвитку науки питання пошуку нових інноваційних методик – одне з головних питань сьогодення. Для підготовки студентів-медиків використовуються сучасні форми і методи навчання. Активність онлайн-навчання останнім часом зростає та набуває все більшої популярності.

Цікавою роботою є проведення регіонального студентського онлайн семінару-тренінгу. Студенти Житомирського медичного інституту Бердичівського та Новоград-Волинського фахових медичних коледжів ознайомили присутніх з сучасними досягненнями у клінічній медицині: новими трендами у терапії при акушерських кровотечах, особливостями ведення вагітності при супутніх захворюваннях, профілактикою онкологічної патології тощо. За матеріалами заходу підготовлений навчально-методичний посібник «Актуальні питання в клінічній медицині».

Онлайн навчання стимулює активність, самостійність, пізнавальний інтерес, підвищує рівень професійної майстерності майбутніх медичних працівників, забезпечуючи їм найбільш ефективний і безпечний перехід до медичної діяльності в реальних умовах. Сьогодні інтерес до оволодіння віртуальними знаннями є потужним мотивом студентів до пізнання.

Посібник рекомендований для здобувачів вищої освіти спеціальності 223 «Медсестринство», освітньо-професійних програм «Акушерська справа», «Лікувальна справа», «Сестринська справа».

Рекомендовано цикловою комісією акушерсько-гінекологічних та педіатричних дисциплін.

Протокол № 5 від 09.12.2021 р.

ЗМІСТ

1.	ВСТУП.....	4
2.	ОСНОВНА ЧАСТИНА.....	6
2.1.	Рак шийки матки. Нові рішення старої проблеми.....	6
2.2.	Рак молочної залози.....	8
2.3.	Гострий апендицит у вагітних. Сучасний підхід до проблеми.....	11
2.4.	Вагітність і COVID–19.....	14
2.5.	Хвороба Лайма і вагітність–недооцінена проблема сьогодення.....	16
2.6.	Психопрофілактика стресу під час вагітності і пологів.....	19
2.7.	Нові тренди у терапії масивної акушерської крововтрати.....	21
2.8.	Пуповинна кров – золотий стандарт, цінний дарунок природи.....	24
2.9.	Мультимодальний підхід до знеболення в акушерстві та гінекології.....	28
3.	ДОДАТКИ.....	31
4.	ВИСНОВКИ.....	34
5.	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	35

ВСТУП

У матеріалах «Концепції розвитку вищої медичної освіти» підкреслюється, що розвиток і реформування національної системи охорони здоров'я потребує підготовки нового покоління висококваліфікованих медичних працівників, які здатні виконувати нестандартні завдання, вміти самостійно працювати над самовдосконаленням. Від якості підготовки медичних працівників залежить рівень надання медичної допомоги населенню. Необхідно підвищувати якість професійної підготовки студентів-медиків відповідно до світових і загальноєвропейських стандартів з метою посилення конкурентноздатності вітчизняної вищої медичної освіти.

Сучасні умови життя й тенденції в системі вищої освіти диктують нові вимоги до якості навчання студентів. Виникла необхідність пошуку нових підходів в організації навчального процесу. Для кращого засвоєння матеріалу та підвищення якості викладання клінічних дисциплін широко впроваджуються сучасні інформаційні технології. Із-за карантину, який запровадили в Україні для запобігання поширенню COVID-19, студентів перевели на дистанційне навчання. У зв'язку із збільшенням об'єму інформації, яку необхідно засвоїти у період навчання, важливого значення набуває участь студентів у роботі онлайн-семінарів, конференцій.

Студенти Житомирського медичного інституту, Бердичівського та Новоград-Волинського фахових медичних коледжів виступили з доповідями на регіональному студентському онлайн семінарі- тренінгу на платформі ZOOM. Висвітлювались актуальні питання збереження здоров'я населення України. Студенти самостійно опрацьовували теоретичний матеріал, підготували мультимедійні презентації, відеофільми тощо. Присутні мали можливість отримати необхідну інформацію, аналізувати, шукати шляхи вирішення проблем. По завершенню семінару-тренінгу студентам було запропоновано відповісти на тестові завдання за матеріалом, який був висвітлений на заході у режимі он-лайн. Цікава робота формує конкретні знання без яких не можливе професійне вдосконалення. За матеріалами онлайн семінару-тренінгу підготовлений посібник «Актуальні питання в клінічній медицині».

Дистанційне навчання стимулює активність, самостійність, пізнавальний інтерес, підвищує рівень професійної майстерності майбутніх медичних працівників, забезпечуючи їм найбільш ефективний і безпечний перехід до медичної діяльності в реальних умовах.

Учасники студентського регіонального онлайн семінару-тренінгу: студенти та викладачі Житомирського медичного інституту, Бердичівського, Новоград - Волинського фахових медичних коледжів

Організатори: Козирацька Л.М., Ожго Н.С., Яворська Т.І.

Люшенко Карина

За формою росту пухлини розрізняють ексодиффуну, ендодиффуну і змішану. При ексодиффуній формі пухлина росте у просвіт шийки, набуває вигляду щільної вузлистої або різної горбистості розростання і може заповнювати просвіт шийки. При ендодиффуній пухлина проростає м'якою оболонкою шийки матки, унаслідок чого шийка збільшується, ущільнюється. При розсаді пухлини утворюється кратероподібна вираза. Прогнозніше ступінь є рівномірною інфільтрацією шийки матки без виразки і розростання.

Стадії рaka шийки матки

Карцинома тільки в шийці матки
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі
Карцинома тільки в цервікальному каналі

Захворованість раком молочної залози жінок України

Середня частота захворювання на рак молочної залози в Україні становить 100 на 100 000 жінок на рік.

Локалізація червоподібного відростка в різні терміни вагітності
Vaer et al

При появі перших симптомів Covid-19:

1. Самоізоляція
2. Контроль температури тіла
3. Терміново повідомити сімейного лікаря та лікаря акушер-гінеколога, на обліку в якого вона знаходиться
4. Щоденне інформування про свій стан лікаря

В особливо критичних ситуаціях дуже сильний стрес під час вагітності може призвести до гіпертонусу матки, а такий стан загрожуватиме мимовільним перериванням вагітності (виниднем) або передчасними пологам.

Компресійний шов на матку (шов Б-Лінча) застосовується для зупинки акушерської кровотечі у післяпологовому періоді

Трансфузією плазмової та компонентів крові

Альтернативним методом знеболення є застосування ТАР- і QI-блоків (анестетики під ультразвуковим контролем вводять в мініфасціальний простір між 4-ю та 5-ю поперековими поздовжніми лініями).

Рис. 1. Поперековий застійно-перидурально-блоковий шов живота

Рис. 2. Точка проведення ТАР-блоку під ультразвуковим контролем

Лапароскопія – це метод медичної діагностики, хірургічних маніпуляцій із застосуванням оптичного приладу-лапароскопу, який оснащений відеокамерою і джерелом світла.

«Народження має бути одним з ваших найбільших досягнень, а не одним з ваших найбільших страхів»
Джейн Вейдман

РАК ШИЙКИ МАТКИ. НОВІ РІШЕННЯ СТАРОЇ ПРОБЛЕМИ

Доповідач: студентка 401 групи лікувально-акушерського відділення
Лубківська Ольга

Одним з першочергових завдань медичної науки і практичної охорони здоров'я є посилення боротьби з злоякісними пухлинами. Ця боротьба може бути успішною лише при умові широкої участі медичних працівників та чіткої координації роботи всіх ланок охорони здоров'я. Рак шийки матки є найчастішим у світі типом злоякісних



пухлин жіночих репродуктивних органів. Щороку у світі захворює 500 тисяч жінок на РШМ, помирає до 230 тисяч хворих. В Україні кожного року реєструється близько 5000 нових хворих і помирає близько 2270 жінок. Пік захворюваності на рак шийки матки спостерігається у жінок 40-50 років.

Протягом останніх років прогресивно збільшується кількість пацієнток репродуктивного віку. Німецький вчений Харальд Цур Хаузен-професор Гельдельбергського університету довів роль вірусу папіломи людини у розвитку раку шийки матки. За свої дослідження він нагороджений Нобелівською премією. Вчений довів, що 90% випадків раку шийки матки викликаються поширеними вірусами папіломи людини ВПЛ (найчастіше типи вірусів 16, 18, 38), які можуть стати причиною дисплазії епітелію шийки матки. При відсутності лікування такий передраковий стан з часом переходить в залозистий рак або в плоскоклітинний рак. На ранній стадії РШМ виліковується в 90% випадків захворювання.

Факторами ризику виникнення раку шийки матки є: посттравматичні зміни шийки матки внаслідок абортів та пологів, ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів не тільки самою жінкою, але і її партнерами-чоловіками, венеричні захворювання, недотримання статевої гігієни, порушення гормональної рівноваги, вплив шкідливих факторів виробництва, паління тютюну, імунодефіцит, дефіцит в їжі вітамінів А і С. У виникненні раку шийки матки грають роль і генетичні і модифікуючі фактори.

За стрімкістю зростання, більшість злоякісних пухлин перевершують доброякісні, можуть досягати значних розмірів у короткі терміни. Оскільки навіть комплексне лікування злоякісних процесів не дає бажаного результату, особливо у занедбаних випадках, на перше місце виходить профілактика та раннє виявлення онкопатології. Розвитку онкологічних захворювань передують фонові та передракові процеси, які при своєчасній діагностиці ефективно піддаються лікуванню.

Клінічна картина залежить від стадії процесу. Перебіг доінвазивного та мікроінвазивного раку безсимптомний (доклінічна стадія). Більшість пацієнток

не пред'являють жодних скарг. Захворювання виявляють випадково при цитологічному дослідженні. Ранні стадії часто виявляють випадково під час профілактичних оглядів.

Класичною є тріада симптомів: білі, кровотеча, біль. Первинним симптомом раку шийки матки може бути поява рідких водянистих виділень. У пізніх стадіях білі набувають виду м'ясних помиїв із-за домішків крові. З розпадом пухлини виділення стають гносподібні, смердючі. Характерні контактні кровотечі після статевого акту, піхвового обстеження, підняття важких речей, закрепу, а також міжменструальна та постменопаузальна кровотеча.

Поява больового синдрому свідчить про поширення ракового процесу на параметрії, стиснення крижового сплетення. Характер і локалізація болю різні. Найчастіше біль у попереку, крижах, унизу живота, прямій кишці. Кахексія настає на пізньому етапі розвитку пухлини, що зумовлене різними ускладненнями (сепсис, уремія, пневмонія, блювання, кровотечі, анемія). Ракова кахексія причина смерті 1/3 хворих. Безпосередньою частою причиною смерті через за давнену хворобу є тяжка місцева інфекція, що переходить у сепсис і перитоніт.

Стан захворюваності пацієнок на рак шийки матки на Житомирщині за 2020 рік

У Житомирській області щороку реєструється 160-180 випадків інвазивного раку, 80-90 випадків інтраепітеліального раку шийки матки та до 2000 дисплазій (передракових станів) цервікального епітелію. Основною категорією є пацієнтки у віці 40-50 років, хоча в останні роки відзначається зростання захворюваності на рак шийки матки жінок, молодших 40 років.

Під час виконання практичної частини науково-дослідницької роботи було проаналізовано стан захворюваності на рак шийки матки жінок різних вікових категорій за 2020 рік (рис.1).

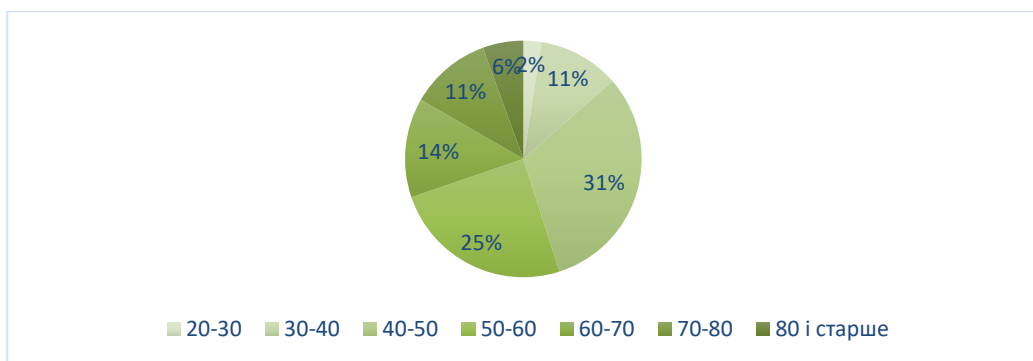


Рис.1 Захворюваність на рак шийки матки жінок різних вікових категорій Житомирської області за 2020 рік.

Аналізуючи дані досліджень Житомирського обласного онкологічного диспансеру ЖОР можна зробити висновок про підвищення захворюваності на рак шийки матки у жінок 40-50 років за 2020 рік.

Рак шийки можна попередити. Існують два напрямки попередження раку шийки матки.

1. Первинна профілактика раку шийки матки включає:

- зменшення негативного впливу зовнішніх та внутрішніх канцерогенних факторів, перехід до збалансованого харчування, здоровий спосіб життя;
- профілактичну вакцинацію специфічною вакциною «Церварікс» проводять дівчаткам 9-14 років до початку статевого життя для попередження виникнення раку шийки матки. Вироблення нейтралізуючих антитіл при вакцинації попереджає проникнення вірусу папіломи людини в клітини епітелію шийки матки;
- санітарно-просвітня робота серед жіночого населення, особливо підлітків, щодо факторів ризику розвитку РШМ, ролі вірусу папіломи людини та генітальних інфекцій у розвитку дисплазій та РШМ, виховання правил особистої гігієни та гігієни статевого життя тощо.

2. Вторинна профілактика:

- скринінг патології шийки матки, заохочення жінок до участі у профоглядах 2 рази на рік;
- своєчасне виявлення та лікування фонових, передракових станів епітелію шийки матки та передінвазивного раку;
- наявність комп'ютерної програми для моніторингу участі жінок у скринінгу. Цитологічний скринінг дозволяє знизити захворюваність на РШМ на 80%.

Висновок.

1. Профілактика раку шийки матки є досить складною задачею.
2. В умовах високого рівня поширення раку шийки матки, у яких перебуває останнє десятиліття Україна, важливу роль виконує акушерка. Вона проводить профілактичні заходи щодо запобігання виникнення онкогінекологічних захворювань та надає лікувальну допомогу. Рання діагностика та лікування запальних захворювань жіночих статевих органів, порушень менструального циклу, фонових, передракових та злоякісних захворювань є важливою в плані збереження здоров'я та життя пацієнток.

РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

*Доповідач: студентка 301 групи
ССБ Кундас Софія*

**20 ЖОВТНЯ — ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ ІЗ
ЗАХВОРЮВАННЯМ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**



Рак молочної залози—злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози. Найпоширеніше онкологічне захворювання серед жінок у всьому світі. Щорічно реєструють близько 1,7 мільйона нових випадків раку

молочної залози, у світі кожного року від цього захворювання гине більше 522 тисяч жінок.

За даними Національного канцер-реєстру рак виліковний за умови його виявлення: на I стадії - у 95%, на II стадії - у 80%, на III стадії - у 50% жінок.

Сьогодні в структурі онкозахворюваності жінок в Україні рак молочної залози займає перше місце, рівень захворюваності неухильно росте (рис.1). У більшості випадків рак молочної залози виникає випадково. Лише до 10% випадків захворювання є спадково зумовленими - через мутації в генах BRCA1 та BRCA2. Підраховано, що наявність мутації збільшує ризик розвитку раку молочної залози на 60-80%.

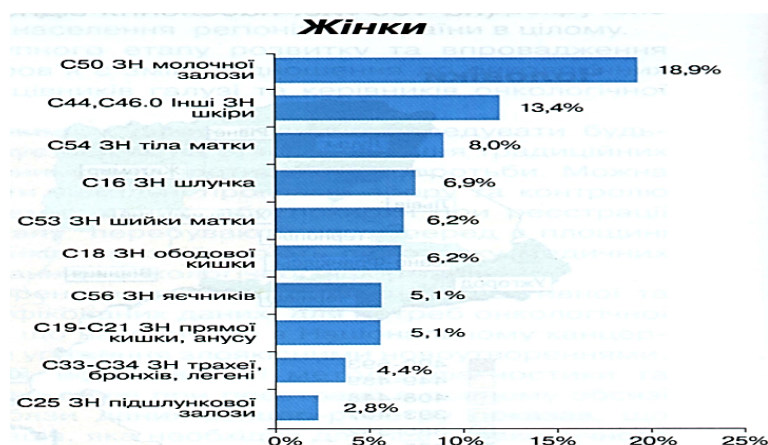


Рис.1 Структура захворюваності раком молочної залози жіночого населення України.

Клінічно, на ранній стадії рак молочної залози проявляється щільним утворенням у молочній залозі, прозорими або кров'янистими виділеннями з грудей, втягненням соска у зв'язку з проростанням пухлини у шкіру, характерна зміна кольору або структури шкіри грудей (набряк, збільшення або зменшення розмірів), ущільнення або новоутворення у молочних залозах, ерозії, кірочки, лусочки, виразки в зоні соска, ареоли, збільшення пахвових або надключичних лімфовузлів (рис.2).



Рис. 2 Клінічні симптоми раку молочної залози.

Проте при прогресуванні хвороби, швидкий ріст пухлини призводить до значних дефектів молочної залози, що проявляється некрозами, виразками та іншими ознаками розпаду злоякісної пухлини.

Гістологічно розрізняють: неінвазивний рак (ca in situ) внутрішньопротоковий інтраканалікулярний рак in situ; часточковий (лобулярний) рак in situ. Інвазивний рак (інфільтруюча карцинома): протоковий; часточковий; слизовий (муцинозний); медулярний (мозкоподібний); тубулярний; апокриновий; інші форми (папілярний, плоскоклітинний, ювенільний, веретенклітинний, псевдосаркоматозний і ін). Особливі анатомо-клінічні форми: рак Педжета (пухлина соска і ареоли); запальний рак.

Клінічні форми раку: вузловий рак; дифузні: набрякова, набряково-інфільтративна; панцирна, бешихоподібна, маститоподібна, лімфангоїтична, папілярна, виразкова, тромбофлебітична; Рак Педжета - рак соска і ареоли. Рідкісні форми: внутрішньопротоковий рак, колоїдний рак, рак аберантних молочних залоз.

Діагноз РМЗ складається з декількох параметрів—згідно міжнародної системи Т(розмір пухлини), N(статус регіонарних лімфатичних вузлів), M (віддалені метастази) та біологічні характеристики пухлини, що включає рецепторний статус (наявність у пухлинних клітинах рецепторів до естрогену та прогестерону), індекс проліферації ракових пухлин Ki67 та наявність чи відсутність гіперекспресії ERBB2 (Her2/neu).

Самообстеження і огляд у лікаря є первинним методом діагностики захворювання. До додаткових методів належить мамографія, УЗД, МРТ, лабораторні тести виділень з соска, біопсія, аналіз крові на гормони.

Лікування проводиться з урахуванням факторів прогнозу: передопераційна хіміо/ гормоно-променева терапія; хірургічне лікування, ад'ювантна хіміо/ гормоно-променева терапія, паліативна хіміо/ гормоно-променева терапія; паліативне хірургічне лікування при наявності показів.

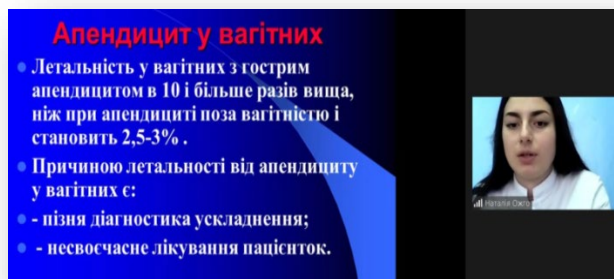
Висновок.

Заходом профілактики раку молочної залози є щомісячне самообстеження, регулярне обстеження жінок мамологом, контроль за станом статевої системи. Всім жінкам необхідно проходити УЗД грудей до (40 років) та мамографію (старшим 40 років). Своєчасне виявлення патологій статевих органів, порушень гормонального балансу, обмінних захворювань, уникнення дії канцерогенних чинників сприяють зниженню ризику виникнення раку молочних залоз. Дотримання здорового способу життя та виконання елементарних профілактичних заходів у десятки разів знижують ризик захворювання молочних залоз.

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ВАГІТНИХ. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ

Доповідач: студентка 401 групи лікувально-акушерського відділення
Залевська Анастасія

Гострі захворювання черевної порожнини – це загроза не тільки для вагітної, але й для плода. У 1% до 1,8% вагітних виникає гострий апендицит – найчастіше захворювання черевної порожнини. Летальність у вагітних з гострим апендицитом в 10 і більше разів вища, ніж при апендициті поза вагітністю і становить 2,5-3% .



Причиною летальності від апендициту у вагітних є: пізня діагностика ускладнення та несвоєчасне лікування пацієнток.

Вагітність може сприяти виникненню первинного та загостренню рецидивуючого апендициту. Найчастіше загострення спостерігається на 5-12 тижні (68%) вагітності та в 29-32 тижні (32%) вагітності.

У вагітної відбувається зміна анатомічних взаємовідносин органів черевної порожнини:

- сліпа кишка і червоподібний відросток зміщуються догори і назовні через зростаючу матку;
- часто спостерігаються перегини апендикса;
- поглиблюються порушення мікроциркуляції, відзначається застій вмісту та функціональна перебудова лімфоїдної тканини;
- у вагітних відбувається зниження тонуусу гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту, з'являється схильність до закріпів, що веде до застою вмісту кишечника, розслаблення м'язів передньої черевної стінки тощо.

Сліпа кишка і червоподібний відросток зміщуються догори і назовні через зростаючу матку.

Особливості гострого апендициту у вагітних:

- спостерігається відсутність обмеження запального процесу сальником, внаслідок зсуву його вагітною маткою догори;
- у вагітної перитонеальний випіт не може накопичуватися в здухвинній ямці, а поширюється вгору, часто розвивається апендикулярний перитоніт, найчастіше у II половині вагітності;
- швидкий розвиток деструктивних змін у червоподібному відростку із-за здавлення судин збільшеною маткою зустрічається частіше у другій половині вагітності.

Проблема діагностики гострого апендициту при вагітності далека від вирішення і на сьогоднішній день. У 2018 р. були опубліковані дані

дослідження Каліфорнійського медичного університету (США), що включали результати лікування 94789 жінок, які перенесли апендектомію, 3133 з яких були вагітні. За даними дослідження діагностична точність апендициту у вагітних складає лише 25-50% випадків.

Фізіологічні зміни під час вагітності:

- у вагітних спостерігається гіперпродукція статевих гормонів, змінюється метаболізм, що сприяє зміні клінічної картини захворювання та ускладнює її діагностику;
- спостерігається захисний ефект вагітності—зменшення випадків захворюваності на апендицит, особливо в третьому триместрі.

Діагностика гострого апендициту у вагітних.

1. У першу половину вагітності при апендициті зона найбільшої болючості проектується, так як і у невагітних жінок, відповідно трикутника Шеррена-правий нижній, верхній квадранти живота. Методика дослідження іліоцекального кута у вагітних до 4 місяців проводиться, як звичайно, в положенні на спині.
2. З п'ятого місяця вагітності апендикулярний відросток із сліпою кишкою відтісняється зростаючою маткою догори і назад. Локалізація болю змінюється, діагностика ускладнюється.
3. З другої половини вагітності пальпацію іліоцекального кута проводять в положенні хворої на лівому боці. Вагітна матка відхиляється вліво, що дає доступ для обстеження сліпої кишки.
4. З п'ятого місяця вагітності біль локалізується аж у підребер'ї, він не такий інтенсивний, як у невагітних, що призводить до пізнього звертання до лікаря, пізньої госпіталізації та операції.
5. Температура підвищується до 38 градусів, рідко може бути нормальною.
6. Тахікардія. Язик обкладений, пізніше стає сухим. Нудота, можливе блювання, міграція болю.
7. Нерізко виражене напруження м'язів передньої черевної стінки через те, що вона перерозтягнена, червоподібний відросток знаходиться позаду за маткою.
8. Псоас симптом (ретроцекальне, ретроперитонеальне розміщення червоподібного відростка).
9. Симптом Щоткіна-Блумберга – позитивний, виникає рано.
10. Симптом Бартом'є-Міхельсона—позитивний, ознака гострого апендициту. Виражена болючість при пальпації в ділянці сліпої кишки, яка посилюється в положенні хворої на лівому боці.
11. Симптом Сітковського (посилення болю в іліоцекальній області при положенні вагітної на лівому боці) виражений не завжди.
12. Симптом Данфі (при кашлі пацієнтка притримує руками праву здухвинну ділянку) – позитивний.
13. Ректальне обстеження.

14. Перерозтягнення очеревини у вагітних призводить до зменшення відчуття болю.
15. Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові (виражений нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом формули вліво, підвищене ШОЕ) тощо.
16. Апаратні методи обстеження: УЗД, спіральна комп'ютерна томографія, градуйована компресійна сонографія тощо.

Діагностичні проблеми

1. Розміщення червоподібного відростка у вагітної буває (рис. 1):
 - нормальне розміщення - 70%;
 - ретроцекальне, ретроперитонеальне розміщення - 30%.

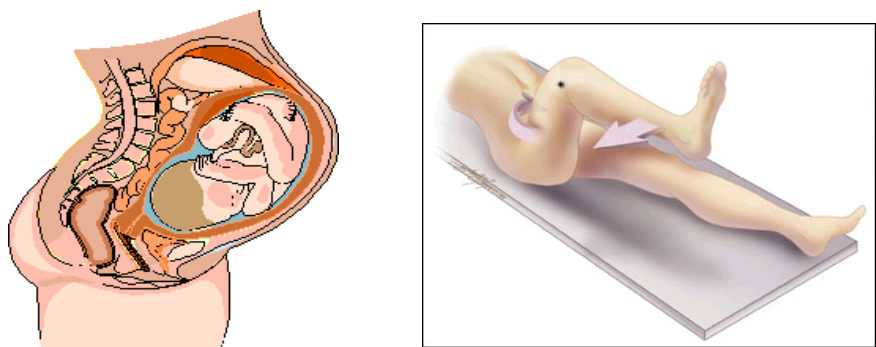


Рис. 1 Розміщення червоподібного відростка у вагітної

2. Перерозтягнення очеревини у вагітних призводить до зменшення відчуття соматичного болю.
3. Симптомокомплекс нудота, блювання 1-2 рази зранку є нормальними при вагітності.

Хірургічна тактика

Встановлений діагноз «Гострого апендициту» вимагає екстреної операції. Вагітність не є протипоказаннями до виконання оперативного втручання з приводу гострого апендициту, а навпаки, настирливою необхідністю, особливо в другій половині вагітності, коли ускладнюється діагностика. У вагітних найбільш важким ускладненням є перфоративний апендицит, який може ускладнитись розлитим перитонітом. Смертність при цьому ускладненні залишається дуже високою для вагітної та плода. Найбільша летальність спостерігається в пізні терміни вагітності.

Висновок.

Діагностика гострого апендициту у вагітних часто є складним завданням. Своєчасне надання невідкладної допомоги збереже здоров'я матері та майбутньої дитини.

ВАГІТНІСТЬ І COVID-19

*Доповідач: студентка 42 групи відділення «Лікувальна справа»
Кирилюк Людмила*

Для кожної вагітної жінки час очікування малюка—найважливіша подія в житті, яка не повинна бути затьмарена негативними моментами, переживаннями чи захворюваннями. Та пандемія, на жаль, вносить свої корективи в плани всіх людей, не лише майбутніх матерів.



Вагітність—це період, коли всі захворювання, які виникли до неї повинні бути проліковані, щоб народився здоровий малюк. А як бути жінкам, які планують дитину в цей епідеміологічно непростий час? Як поводитись вагітним, які виявили в себе перші симптоми коронавірусної інфекції?

Протягом вагітності жінка стикається з багатьма інфекційними агентами, які можуть бути потенційно шкідливими не лише для неї, а й для майбутньої дитини. Будь-яке респіраторне захворювання є небезпечним для жінки, оскільки її імунна система зазнає певних змін під час вагітності. Covid-19 також не вибирає чий організм йому атакувати, на жаль, і те, що майбутня мати очікує малюка лише ставить її в групу дещо вищого ризику по виникненню різноманітних ускладнень. Зміни реактивності імунної системи вагітних можуть бути пов'язані з більш тяжким клінічним перебігом захворювання, хоча вагітність і не обов'язково пов'язується з більш високою сприйнятливістю до вірусних інфекцій.

Якщо порівнювати людей похилого віку, пацієнтів з імуносупресивними станами та з наявними супутніми захворюваннями, такими як діабет, рак, хронічні захворювання легень, то ризик виникнення ускладнень у них таки вищий, ніж у вагітних жінок, які заражені коронавірусом.

Які ж ускладнення можливі при атакуванні SARS-CoV-2 вагітного організму?

1. Виникає ризик передчасних пологів при тяжкому перебігу коронавірусного захворювання.
2. Тромбоемболічні ускладнення, пов'язані із зміною діяльності серцево-судинної системи під час вагітності.
3. Відомо, що орган-мішень при Covid-19-легені. У вагітної жінки виникають фізіологічні зміни у функції дихальної системи. Плоду щоразу потрібна більша кількість кисню, тому легені працюють у режимі гіпервентиляції. Наприкінці вагітності високе стояння діафрагми обмежує екскурсію

легень. При інфікуванні SARS-CoV-2 вагітної є вищий ризик розвитку запальних захворювань дихальної системи та дихальної недостатності.

4. Активізація хронічних процесів під впливом коронавірусної інфекції.
5. ЗВУР, вади розвитку плода (не частіше, ніж при інших вірусних захворюваннях).
6. Порушення матково-плацентарного кровоплину.
7. Передчасне відшарування плаценти.

У вагітних жінок з артеріальною гіпертензією, ожирінням, цукровим діабетом вищий ризик виникнення життєзагрозливих станів при інфікуванні SARS-CoV-2.

Та чи повинна жінка відмовитись від планування вагітності в період пандемії? Однозначно ні, якщо немає важких супутніх патологій. Проте кожна вагітна жінка повинна ретельніше слідкувати за станом свого здоров'я, а саме:

- дотримуватись правил особистої безпеки (ретельніше мити руки, частіше провітрювати приміщення);
- уникати місць скупчення людей (намагатись не користуватись громадським транспортом, не відвідувати людні місця);
- дотримуватись соціальної дистанції;
- уникати контакту з тими, хто має перші симптоми застуди чи коронавірусної інфекції;
- вдома користуватись окремим посудом та засобами гігієни;
- бути готовою до термінової госпіталізації при потребі.

Цих рекомендацій потрібно дотримуватись вагітній не лише під час епідеміологічної ситуації, пов'язаної з Covid-19, але і загалом під час всього періоду виношування малюка.

А якщо жінка захворіла і з'явилися перші симптоми, характерні для коронавірусної інфекції?

Вагітним жінкам із симптомами, що можуть свідчити про COVID-19, слід рекомендувати самоізоляцію, контроль температури тіла, а також невідкладно повідомити сімейного лікаря та лікаря акушер-гінеколога, на обліку в якого вона знаходиться. Якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією COVID-19 відсутня пологова діяльність та відсутня акушерська патологія, а також наявний легкий перебіг захворювання вона залишається на самоізоляції зі щоденним інформуванням про свій стан сімейного лікаря та лікаря акушер-гінеколога, які забезпечують активний дистанційний нагляд за станом здоров'я пацієнтки.

Термінова госпіталізація при підозрі чи підтвердженому Covid-19 потрібна за умов початку пологової діяльності, наявності важкого чи середньої важкості перебігу захворювання, при наявній важкій супутній екстрагенітальній/акушерській патології. В інших випадках пацієнтці забезпечують амбулаторне лікування з можливістю негайної госпіталізації в стаціонар при погіршенні її стану.

Хочеться зазначити, що на даний момент немає достовірних даних про тератогенний вплив вірусу, про вищий ризик зараження SARS-CoV-2 при

вагітності чи важчий перебіг коронавірусного захворювання у вагітних, ніж в будь-якої іншої людини.

Тому, однозначно, Covid-19 не може бути перешкодою для щасливої та спокійної вагітності при дотриманні правил особистої гігієни та потрібних карантинних заходів. Майбутнім матусям слід ретельніше пильнувати за станом здоров'я, щоб вчасно виявити перші симптоми захворювання і уникнути більш небезпечних наслідків Covid-19.

ХВОРОБА ЛАЙМА І ВАГІТНІСТЬ–НЕДООЦІНЕНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

*Доповідач: студентка 301 групи ССБ
Маркова Анастасія*

Хвороба Лайма (системний кліщовий бореліоз) – природно-вогнищеве інфекційне захворювання з трансмісивним механізмом передачі збудника, що характеризується переважним ураженням шкіри, нервової та опорно-рухової систем і схильністю до хронічного перебігу.

Протягом 2020 року було зареєстровано 4 482 випадки хвороби Лайма серед українців. Зокрема, 833 випадки зафіксували у жителів сільської місцевості, а 492 – у дітей до 17 років. Захворювання зустрічається в багатьох країнах Європи, Азії, Північної Америки тощо.

Відомо понад десять різновидностей борелій. Вони можуть викликати ураження суглобів, розвиток менінгоенцефаліту, ураженням шкіри. Розмір борелій становить 10-30 x 0,2-0,25 мкм. Вони малостійкі в оточуючому середовищі, гинуть при висиханні та під дією ультрафіолетового опромінення, проте можуть довго зберігатися при низьких температурах. Резервуар збудника в природі – мишовидні гризуни, дикі та домашні тварини, птахи. Передача борелій до людини здійснюється через укуси кліщів. Зараженість кліщів зазвичай висока і становить 30-60%. Кліщі здатні вражати людину на всіх стадіях життєвого циклу: весняно-літня сезонність хвороби зумовлена періодом їхньої активності (травень-вересень). Деякі автори описують так звану «молочну гарячку» – аліментарне зараження при вживанні інфікованого молока домашніх тварин. Сприйнятливість людей до інфекції практично 100%. Випадки захворювання реєструються у всіх вікових групах, частіше хворіє доросле працездатне населення. Можливі повторні випадки захворювання. Інкубаційний період триває від 5 до 30 діб (частіше 10-14). Із місця укусу зі слиною кліща борелії проникають у шкіру, зумовлюючи розвиток мігруючої кільцевої еритеми. Після розмноження збудника в ділянці вхідних воріт відбувається його гематогенна та лімфогенна дисемінація в лімфатичні вузли, внутрішні органи, суглоби, ЦНС.

Клінічна картина хвороби Лайма характеризується: ураженням шкіри, нервової та серцево-судинної систем, опорно-рухового апарату, загальною інтоксикацією. Хвороба часто набуває хронічного та рецидивуючого перебігу. Гострий перебіг від кількох тижнів до 6 місяців. Хронічна форма може тривати пожиттєво з періодами загострення та ремісії.

Основні клінічні прояви хвороби Лайма залежно від стадії захворювання такі:

- грипоподібний синдром, слабкість, нездужання;
- мігруюча еритема, регіонарний лімфаденіт;
- менінгіт, менінгоенцефаліт, радикулоневрити;
- міокардит;
- мігруючий біль у кістках, суглобах, м'язах, перші атаки артриту та інше.

Хвороба Лайма може мати кілька стадій:

- ранню локалізовану;
- ранню дисеміновану;
- пізню хронічну.

Стадія ранньої локалізованої інфекції

Початок захворювання буває гострим чи підгострим. Перші симптоми хвороби неспецифічні і характеризуються підвищеною стомлюваністю, ознобом, підвищенням температури тіла, головним болем, слабкістю, міалгією та артралгією. Основним проявом цієї стадії є мігруюча еритема (85%) в місці укусу кліща. Протягом кількох днів ділянка почервоніння розширюється (мігрує) в усі боки, утворюючи кільцевидну еритему. Перебіг ранньої локалізованої інфекції можливий і без еритеми в місці укусу кліща. На цій стадії хвороби Лайма можливе повне видужання, вірогідність якого значно підвищується при проведенні адекватної антибактеріальної терапії. В іншому випадку навіть при нормалізації температури тіла та зникненні еритеми захворювання переходить у стадію дисемінованої інфекції.

Стадія хронічної інфекції

Для хронічного перебігу хвороби Лайма переважно властиві ураження суглобів, шкіри, нервової та серцево-судинної системи (міокардит, серцева недостатність тощо). Ураження нервової системи спостерігаються в 11-68% пацієнтів.

Роль борелій у виникненні перинатальної патології

Первинне інфікування кліщового береліозу в період гестації та відсутність антибактеріальної терапії негативно впливає на перебіг вагітності.

Виникають ускладнення:

- затримка розвитку плода;
- невиношування;
- мертво народження.

На ранніх термінах ризик виникнення патології значно підвищується. Не повідомляється про можливість передачі збудника через грудне молоко, хоча

ймовірність зараження людини від хворої тварини (корови, кози) через молоко існує («молочна гарячка»).

Для діагностики хвороби Лайма використовують:

- полімеразну ланцюгову реакцію - ПЛР;
- імуноферментний аналіз;
- імунофлюоресцентний метод ;

Виявляють специфічні для хвороби Лайма антитіла. Специфічні IgM з'являються пізно і досягають свого піку не раніше, ніж на 5-6-му тижні хвороби;

Лікування

- спеціальної дієти пацієнти не потребують;
- основу лікування становлять антибактеріальні препарати, дози та тривалість прийому яких визначаються стадією та формою захворювання;
- збудник хвороби Лайма високочутливий до антибіотиків, тому антибактеріальна терапія показана на всіх стадіях хвороби;
- своєчасно розпочате лікування дає позитивний результат та запобігає хронізації процесу.

Жінок, у яких прояви Лайм-бореліозу розвиваються під час вагітності, необхідно лікувати відповідно до превалюючих проявів захворювання. Необхідно уникати застосування тетрациклінів під час вагітності – замість них застосовують амоксицилін або цефотаксим. Застосування доксицикліну, а не препаратів другої лінії (наприклад, азитроміцину) може бути виправданим за необхідності проведення короткого курсу антибіотикотерапії. Побічні ефекти доксицикліну реєструють вкрай рідко. Зважаючи на обмежені дані, рішення про використання доксицикліну під час вагітності необхідно приймати в кожному конкретному випадку індивідуально.

Екстрена профілактика включає:

- приймання доксицикліну дозою 100 мг 2 рази на добу протягом 3 днів з моменту укусу кліща, що знижує ймовірність виникнення хвороби Лайма в 12 разів.

Профілактика хвороби Лайма

Специфічної профілактики хвороби не розроблено. Щеплення від Лайм-бореліозу не існує. Основними заходами попередження захворювання є:

- акарицидна обробка лісопаркових зон, місць масового відпочинку людей;
- захисний (бажано світлий) одяг, що дозволяє швидше виявляти кліщів після прогулянок у лісі;
- індивідуальне застосування репелентів;
- само- та взаємоогляд після лісових прогулянок;
- термінове видалення виявленого кліща та обробка місця укусу дезінфікувальним розчином;
- звернення до лікаря при виявленні перших ознак хвороби (підвищення температури тіла, почервоніння в місці укусу).

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА СТРЕСУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Доповідач: студентка 402 групи відділення «Сестринська справа та профілактична стоматологія»
Любка Дар'я

Дослідження проблематики та психопрофілактики стресу здійснюється вже не один десяток років. Для визначення різноманітних психічних станів людини у важких умовах вчені (В.О. Бодров, Л.В. Бороздіна, Р.С. Лазарус, Н.І. Наєнко, Ю.А. Олександровський, Г. Сельє, Ч.Д. Спілбергер, та ін.) використовують різні поняття: психічне напруження; емоційне збудження, переживання; емоційне, нервовопсихічне напруження; тривожність, стрес тощо.

В організмі людини природою закладена особлива захисна реакція на емоційні та фізичні подразники.

У майбутньої мами, крім психологічних особливостей, існує ряд передумов, пов'язаних в основному з гормональними змінами, які роблять жінку дуже чутливою і сприйнятливою до всього, що відбувається навколо і всередині неї.

За вагітності постає необхідність вирішення різноманітних завдань, пов'язаних зі зміною соціальних ролей і афективно-смысловими перебудовами особистості (Авксентьєва М.В., 1994; Воловик В.М., 1980; Безрукова О.М., 1998; Брутман В.І., Родіонова М.С., 2005; Філіппова Г.К., 2000; Ленд П., 2003; Палуд М., 2003), досягненням материнської ідентичності (Овчарова Р.В., 2003; Герасимова Н.Ю., Шнейдер Л.Б., 2003; Філіппова Г.Г., 2000).

Вагітність спонукає жінку до особистісного самовизначення у цей період.

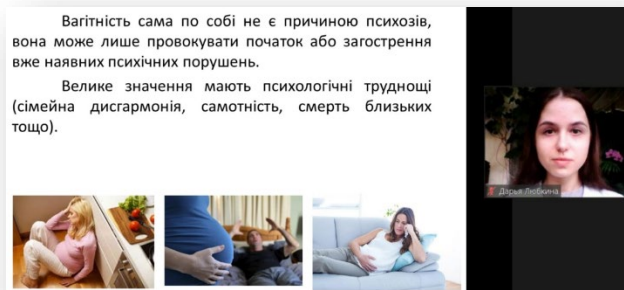
Науковцями виділяються різні чинники, які детермінують ускладнення за виношування вагітності: екологічні, психологічні, генетичні, онтогенетичні, соціальні та ін.

Серед особливостей психологічного стану вагітної, які впливають на розвиток дитини, відзначають: стреси, депресивні стани, психопатологічні особливості, їхнє виникнення і загострення в різні періоди вагітності.

Вагітність сама по собі не є причиною психозів, вона може лише провокувати початок або загострення вже наявних психічних порушень.

Велике значення мають психологічні труднощі (сімейна дисгармонія, самотність, смерть близьких тощо).

Якщо жінка пережила сильний стрес під час вагітності, наслідки можуть виражатися в наступних станах:



- запаморочення; прискорене серцебиття; підвищений артеріальний тиск;
- тремор кінцівок; підвищена нервозність без жодних причин;
- знижена працездатність, поганий апетит, млявість, апатія, порушення сну тощо.

Останні дослідження засвідчили, що у дітей, матері яких переживали під час вагітності стрес, низькі показники за шкалою Апгар при народженні.

У майбутньому вони зазнають труднощів з адаптацією в колективі, схильності до різних фобій і страхів, часто бувають гіперактивними.

В особливо критичних ситуаціях дуже сильний стрес під час вагітності може призвести до гіпертонусу матки, а такий стан загрожує мимовільним перериванням вагітності (викиднем) або передчасними пологами.

Стрес також пригнічує імунну систему майбутньої матері, у таких вагітних частіше діагностують простудні захворювання, а у дітей часто спостерігається алергійна або астматична реакція.

Наслідки стресу під час вагітності відображаються на гормональній системі жінки.

Нервове напруження підвищує вироблення гормонів глюкокортикоїдів, які впливають на роботу печінки і формування плаценти, збільшується ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи або цукрового діабету. Ці стани можуть призвести до народження недоношених малюків або новонароджених з низькою масою тіла.

Встановлено, що у момент переживання майбутньою мамою нервового потрясіння відбувається спазм судин, і дитина в утробі відчуває кисневе голодування, а також брак поживних речовин, що може призвести до гіпоксії плода.

Зважаючи на різноманітні соціальні, економічні, екологічні та політичні обставини в країні, гостро постає питання про супровід жінки під час вагітності, особливо впровадження психопрофілактичної підготовки до пологів, який повинен включати комплекс психопрофілактичних, психотерапевтичних та фізичних заходів.

Лікарі під час консультацій мають звертати увагу на:

- характерологічні особливості жінки, її емоційні та вольові якості, ставлення до вагітності;
- характер взаємин у родині, наявність психічних травм;
- уточнювати уявлення вагітної про пологи, обґрунтованість страху перед ними, страх болю.

При необхідності пацієнтку необхідно направляти на додаткову консультацію до психолога або психотерапевта.

До загальних методів психопрофілактики, які застосовують під час вагітності, можна віднести індивідуальні бесіди та лекції, що спрямовані на:

- усунення негативних емоцій, пов'язаних з пологами і страхом перед ними;
- формування у жінки свідомого ставлення до вагітності;
- сприйняття пологів як фізіологічного процесу;

- створення позитивного емоційного фону і формування впевненості у сприятливому перебігу вагітності та завершенні пологів.

Останнім часом довели свою ефективність і такі психотерапевтичні методики, як індивідуальна раціональна психотерапія, психоаналітичне консультування, тілесно-орієнтована психотерапія; АРТ-терапія, психічна саморегуляція та сімейна психотерапія.

Зважаючи на особливості організму і місцеві можливості, використовують ще й оригінальні методи, такі, як йога, гаптономія, софрологія, спів перед пологами, музикотерапія, а також акупунктуру та гомеопатію.

Психічну підготовку вагітних до пологів слід поєднувати з фізичними вправами. Систематичні заняття гімнастикою за вагітності оптимізують функціональний стан життєво важливих органів і систем, підвищують захисні сили організму, адаптують його до фізичних навантажень у майбутніх пологах.

Члени родини мають створити всі умови для сімейного комфорту та психологічного спокою майбутньої матері. Саме тоді жінка буде щасливою в очікуванні материнства.

Висновок.

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо, що інтенсивний темп життя, надзвичайно насичене інформаційне середовище, високий рівень щоденної стресової дії, екологічне неблагополуччя – усе це негативно відбивається на психофізіологічному стані вагітних. Навіть практично здорові жінки протягом генеративного періоду знаходяться у стані біологічної та психологічної кризи.

Супроводження та консультування вагітних з високим ризиком розвитку стресу мають бути комплексними у поєднанні з перинатальною психотерапією.

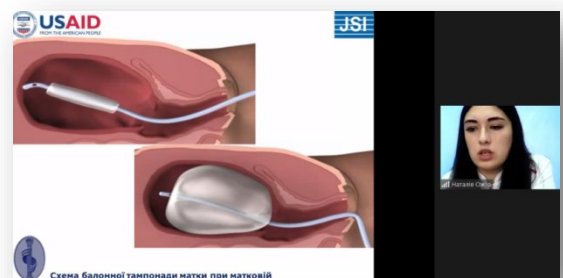
Під час вагітності і народження дитини мають бути активізовані багаторівневі психічні ресурси особистості жінки, укріплені такі психічні функції, як воля, самоконтроль, цільові установки.

Застосування психокорекційних та психотерапевтичних заходів сприяють психокорекції психосоматичного стану жінок, формуванню позитивної мотивації вагітності та домінанти пологів.

НОВІ ТРЕНДИ У ТЕРАПІЇ МАСИВНОЇ АКУШЕРСЬКОЇ КРОВОВТРАТИ

*Доповідач: студентка 401 групи лікувально-акушерського відділення
Могила Світлана*

Доповідь підготовлена за матеріалами фахового онлайн-семінару, який провели викладачі кафедри акушерства, гінекології і репродуктології Національного



університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ, 2021 рік.

Масивна акушерська крововтрата (МАК) – глобальна проблема. Щорічно у світі за даними ВООЗ (2020 р.) акушерські кровотечі виникають у 14 млн. жінок, з них 125 тисяч вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів. 3-4% маткових кровотеч пов'язані з гіпотонією, атонією матки в ранньому, пізньому післяпологовому періодах. Кожну хвилину на планеті вмирає 1 жінка від ускладнень, які зв'язані з вагітністю та пологами (600 000 в рік). Від маткових кровотеч кожен рік у світі вмирає до 125 000 жінок.

Європейська асоціація з акушерства та анестезіології (ESA) для зупинки кровотечі рекомендує впроваджувати реанімаційні заходи:

- швидкий хірургічний гемостаз;
- мінімізація інфузії;
- зігрівання пацієнтки;
- стратегія керованої гіпотензії;
- переливання збалансованого співвідношення препаратів крові;
- корекція коагулопатії шляхом введення у першу чергу транексамової кислоти.

1. Швидкий хірургічний гемостаз

Для хірургічної зупинки акушерської кровотечі у післяпологовому періоді рекомендовані наступні маніпуляції:

- огляд пологових шляхів та відновлення травматичних пошкоджень;
- притиснення черевної аорти зменшує маткову кровотечу;
- бімануальна компресія матки – ефективний метод у боротьбі з акушерською кровотечею (рис. 1);



Рис. 1 Бімануальна компресія матки

- введення внутрішньоматкового балона у матку, який заповнений сольовим розчином зменшує крововтрату (рис. 2);

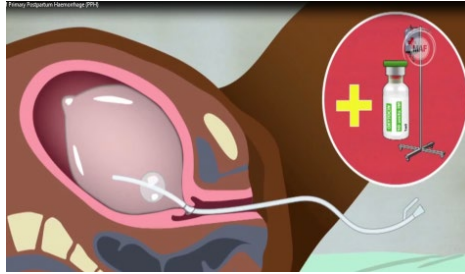


Рис. 2 Введення внутрішньоматкового балона у матку

- накладання гемостатичних компресійних швів на передній та задній стінці матки—ефективний метод зупинки маткової післяпологової кровотечі (рис. 3);

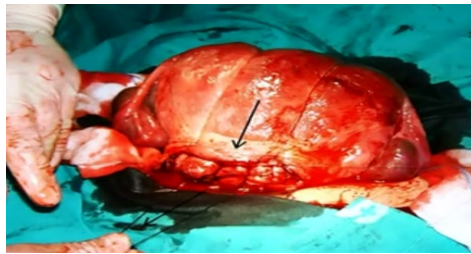


Рис. 3 Накладання гемостатичних компресійних швів на передній та задній стінці матки

- перев'язування маткових артерій, ампутація матки тощо.

2. Мінімізація інфузії-рекомендація ВООЗ

Останнім часом вчені стверджують, що лікування маткових кровотеч великими об'ємами кристалоїдів призводить часто до небажаних ефектів:

- розвиток гострого респіраторного дистрес-синдрому («вологі легені»);
- порушення електролітного балансу;
- переохолодження.

3. Стратегія керованої гіпотензії-рекомендація ВООЗ

Мета цієї стратегії полягає у підтриманні систолічного артеріального тиску на рівні 80-90 мм рт. ст. невеликими об'ємами інфузії, що дозволяє мінімізувати кровотрату. За таких умов зберігається функція життєво важливих органів (мозок, легені, нирки) у пацієнтки.

Новий тренд у комплексі інфузійної терапії – це застосування гіперосмолярних розчинів.

- На фармакологічному ринку України таким препаратом є Реосорбілакт – 6% розчин сорбітолу. Він значно збільшує об'єм циркулюючої крові, швидко стабілізує показники гемодинаміки, абсолютно безпечний.
- Важливим пунктом у стратегії лікування масивної акушерської кровотечі є переливання компонентів крові. Цей принцип рекомендовано застосовувати у випадку, коли об'єм кровотрати перевищує 1,5 літрів крові.
- Коли об'єм маткової кровотечі >2,5літрів, не чекаючи результатів лабораторних досліджень, розпочати швидке введення свіжозамороженої

плазми. Вона містить усі фактори згортання крові, коригує їх дефіцит, який має місце при МАК.

4. Цільова корекція коагулопатії (у першу чергу транексамовою кислотою 15-20 мг/кг).

Головною метою даного принципу є швидке болюсне введення препаратів транексамової кислоти (Сангера) у дозі 15-20 мг/кг. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує уведення препарату Сангера в дозі 1г без очікування результатів лабораторних аналізів при крововтраті об'ємом >1 л або при підозрі на максимальну акушерську кровотечу. У разі, якщо кровотеча триває, Сангеру можна застосувати повторно через 30 хв у дозі 1г. Препарат має антифібринолітичні властивості, що блокують розпад фібринових згустків.

Висновок.

Підсумовуючи доповідь необхідно зазначити, що жодна акушерська патологія не потребує стільки знань, умінь і витримки з боку медичних працівників, як акушерська кровотеча. Тому постійне професійне вдосконалення медпрацівників є важливим для збереження життя та здоров'я жінок.

ПУПОВИННА КРОВ – ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ, ЦІННИЙ ДАРУНОК ПРИРОДИ

*Доповідач: студентка 301 групи ССБ
Лагода Ангеліна*

Після народження дитини і перетину пуповини в ній залишається до 150 мл. пуповинної крові. Саме пуповинна кров, завдяки наявності в ній стовбурових клітин, є цінним матеріалом для лікування безлічі захворювань. Раніше пуповинну кров утилізували відразу після пологів, сьогодні лікарі та вчені закликають її зберігати, щоб сім'ї мали власний запас унікального лікувального матеріалу для дитини та інших членів родини.

Термін «стовбурова клітина» був уведений у біологію у 1908 році О.О.Максимовим, який досліджував процеси кровотворення. Дослідження стовбурових клітин людини розпочалося в 1960 році канадськими ученими Ернестом Мак Кулохом та Джеймсом Тіллом. Це група недиференційованих клітин, які можуть підтримувати власну популяцію завдяки проліферації, а також унікальній здатності до створення клітин зі специфічними функціями. У процесі внутрішньоутробного розвитку плода стовбурові клітини перетворюються в клітини органів і тканин, створюючи кістки, серце, печінку, легені тощо. Ці ж клітини містяться в організмі людини на всіх етапах її життя. Потенціал стовбурових клітин—це можливість їхнього перетворення на диференційовані типи клітин.

В останні роки майбутнім матерям пропонують ультрамодну послугу – зберегти пуповинну кров новонародженого, яка в майбутньому захистить від багатьох хвороб. Операція з пересадки стовбурових клітин чи так звана трансплантація кісткового мозку вже понад 20 років є «золотим стандартом» у лікуванні лейкозів. На сьогоднішній день стовбурові клітини пуповинної крові та пуповини успішно використовуються в лікуванні багатьох тяжких захворювань. Крім хвороб крові, стовбурові клітини використовують у лікуванні цукрового діабету, ДЦП, вад зору та слуху, цирозу печінки, розсіяного склерозу, інсульту, хвороб серцево-судинної системи та ін. Ймовірність знайти сумісний зразок кісткового мозку складає від 1: 1 000 до 1: 1 000 000. Пуповинна кров містить в 10 разів більше гемопоетичних стовбурових клітин, ніж кістковий мозок та на 100% підходить дитині. Першу трансплантацію пуповинної крові було виконано у Франції в 1988 році. Перший банк пуповинної крові було створено в 1992 році в США, зараз їх в світі понад 400.

В США, Мексиці, Іспанії, Португалії, Хорватії, Польщі, Китаї, Японії уряд виділяє кошти на збереження пуповинної крові.

Ймовірність використання пуповинної крові

Якщо вважати, що показання до трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин не розширяться і не зросте захворюваність на рак, то ймовірність захворіти на хворобу, в лікуванні якої застосовуються стовбурові клітини, складає 15%.

Вартість донорського зразка кісткового мозку складає 40 000 євро, якщо буде знайдено сумісного донора, імунологічно сумісний зразок пуповинної крові з-за кордону може обійтися в 20 000 євро. Зберігання ж власної пуповинної крові, навіть протягом 60 років, включаючи вартість послуг по організації збору пуповинної крові у вибраному пологовому будинку, транспортування, обробку, дослідження, кріоконсервування, обходиться як мінімум в 20 разів дешевше. При необхідності, зразок пуповинної крові буде виданий за першою вимогою, а пошук донорського кісткового мозку триває місяці, а інколи й роки.

Пуповинна кров – не лише цінний дарунок природи, але й досить дорогий біоматеріал, тому варто подбати про гарантії його належного зберігання. Висока ймовірність, що пуповинна кров не знадобиться пацієнту, але медицину майбутнього пов'язують з генною інженерією та культивуванням органів. Для реалізації всіх цих передових технологій потрібна сировина, якою є стовбурові клітини.

Основні завдання при збиранні пуповинної крові:

- отримання інформованої згоди породіллі;
- дотримання правил асептики і антисептики;
- забезпечення максимального обсягу крові з урахуванням акушерської ситуації.

Протипоказання до збору пуповинної крові є:

- акушерська ситуація, яка загрозива життю та здоров'ю матері і дитини;
- гострі інфекції під час пологів;
- відсутність підписаної інформованої згоди жінки.

Порядок зберігання комплекту для збирання пуповинної крові:

- зберігати в чистому сухому приміщенні, в захищеному від світла місці, при температурі від +10 ° С до +25 ° С і вологості не вище 65%;
- стерильну систему для збору пуповинної крові зберігати в боксі для зберігання стерильної системи;
- розкривати упаковку безпосередньо перед процедурою збору крові.

Не використовувати комплект для збирання пуповинної крові, якщо:

- порушена герметичність;
- розчин антикоагулянту в середині основного мішка не прозорий.

Комплект для збирання пуповинної складається з :

- транспортної сумки;
- термоконтейнера для зберігання стерильної системи для збирання пуповинної крові;
- холодоагента;
- стерильної системи для збору пуповинної крові;
- стерильних гумових рукавичок.

Заповнюється бланк супровідного талона та бланк інформованої угоди.

Крок 1. Підготовка системи для збирання крові

А. Коли роділля поступає у пологовий зал, то необхідно перевірити комплектацію комплекту для збирання пуповинної крові.

Б. Помістити холодоагент у холодильник (не в морозильну камеру).

В. Візуально перевірити:

- герметичність системи;
- прозорість розчину антикоагулянту усередині основного мішка системи.

Г. За 10 хв. до передбачуваного моменту народження дитини розкрити комплект, заповнити кульковою ручкою етикетку стерильної системи вказавши:

- П.І.П. породіллі;
- дату забору пуповинної крові;
- назву родопомічної установи;
- П.І.П. мед. персоналу, що проводить забір крові.

Д. За 10 хв. до передбачуваного моменту народження дитини на донорській трубці трансфузійної системи зав'язати 2 вузли: перший - на відстані 15 см від основного мішка, другий - через 5 см після першого.

Крок 2. Підготовка місця венепункції

Підготовка місця венепункції здійснюється негайно після народження дитини, стискання і перетину пуповини до або після народження плаценти.

А. Обов'язкове дотримання правил асептики і антисептики, провести зміну стерильних рукавичок.

Б. Визначити місце венепункції на материнській частині пуповини.

В. Провести хірургічну обробку передбачуваного місця венепункції (двічі протерти спиртом 70-96%).

Крок 3.Збирання пуповинної крові

А. Відкрити аспіраційну голку системи для збору пуповинної крові. Відразу, не пізніше ніж через 30 сек після перетину пуповини, провести венепункцію.

Б. Забезпечити надходження пуповинної крові самопливом:

- розташувати стерильну систему для збирання крові на горизонтальній поверхні на 50-80 см нижче рівня плаценти;
- в разі стрімкого виділення плаценти, підняти її двома руками плодовою поверхнею вниз вище рівня системи для збирання крові.

В. Отриману кров періодично (кожні 30-40 сек) обережно перемішувати з антикоагулянтном.

Г. Якщо крові поступає мало, то необхідно:

- провести обробку дезінфікувальним розчином відрізка пуповини ближче до плаценти;
- провести повторну венепункцію, вище попередньої.

Д. Якщо пуповинна кров перестала поступати в систему, то припинити процедуру.

Є. Витягнути голку з вени і утримувати вище стерильною системи. Перемістити кров з трубки в систему для збору пуповинної крові з антикоагулянтном, не допускаючи попадання в неї повітря.

Ж. Підкрутити вузли на трубках і відрізати голку. Під час процедури для запобігання коагуляції обов'язково перемішувати кров з антикоагулянтном

З. Перевірити герметичність системи із зібраною пуповинною кров'ю.

Крок 4.Підготовка до транспортування.

А. Помістити в термоконтейнер із холодоагрегатом систему із зібраною пуповинною кров'ю. Вказати час збирання крові .

Б. Заповнити всі графи супровідного талона (П.І.П. породіллі написати друкованими літерами) і вкласти у файл. У разі народження близнюків обов'язково вказати «дитина I» або «дитина II» і інше.

В. Супровідну документацію для запобігання забруднення кров'ю помістити під кришку транспортної сумки (не в термоконтейнер для зберігання стерильної системи).

Г. Повідомити про факт забору пуповинної крові по телефону консультанту «Гемафонду», який прикріплений до даного пологовому будинку або черговому офіс-менеджеру.

Д. Передати представникові банку крові транспортну сумку з термоконтейнером з кров'ю і заповненим супровідним талоном. Зафіксувати факт прийому-передачі в супровідному талоні підписами сторін. При зберіганні і транспортуванні пуповинної крові не допускати різких перепадів температури .

Можливість збереження стовбурових клітин пуповинної крові отримана завдяки відкриттю вченими технології тривалого зберігання біоматеріалу в рідкому азоті. Доведено, що в умовах температурного режиму-196 °С (це

природна незмінна температура рідкого азоту) пуповинну кров можна зберігати нескінченно довго без втрати її біологічних властивостей. У нашій державі стовбурові клітини зберігаються в українському Сімейному банку пуповинної крові «Гемафонд», який працює з 2005 року.

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЗНЕБОЛЕННЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Доповідач: студентка 402 групи відділення «Сестринська справа та профілактична стоматологія»

Сенько Анна

Проблема болю є актуальною протягом усього часу існування хірургії, не втрачає своєї значущості і сьогодні. За даними Національного центру статистики охорони здоров'я, від гострого післяопераційного болю щорічно страждають понад 4,3 млн. пацієнтів, 50% з них вважають післяопераційне знеболення неадекватним.



Акушерство і гінекологія входять в число хірургічних спеціальностей, в яких інтенсивність болю в першу добу після операції – одна з найвищих.

В рейтингу найбільш «болючих» операцій серед 179 хірургічних втручань 4-е місце займає відкрита міомектомія, 9-е – кесарів розтин, в той час як відкрита резекція легені, гастректомія, радикальна простатектомія фактично замикають цей список.

Гострий біль, що виникає після операції, може призводити до появи хронічного болю. Наприклад, після операції кесаревого розтину, за даними різних авторів, хронічний біль відчувають 4-18% жінок, після гістеректомії – 6-30%.

До факторів ризику хронічного післяопераційного больового синдрому відносять наявність болю до операції, молодий вік, жіночу стать, травматичний хірургічний доступ, неадекватну анестезію під час операції, неадекватне знеболення в ранній післяопераційний період.

Наблизитися до вирішення проблеми адекватності післяопераційного знеболення можна лише реалізуючи концепцію мультимодальної аналгезії, яка передбачає одночасне призначення двох і більше анальгетиків і/або методів знеболення, що мають різні механізми дії і дозволяють досягти адекватної аналгезії при мінімумі побічних ефектів.

Знаючи точки прикладання препаратів, можна досягти ефективного знеболення:

- так, на модуляцію впливають опіати, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), агоністи $\alpha 2$ -адренорецепторів;
- на трансдукцію – місцеві анестетики, нестероїдні протизапальні засоби;
- на трансмісію – провідникова анестезія, НПЗП;
- на перцепцію – анестетики, опіати, агоністи $\alpha 2$ -адренорецепторів.

Базис лікування больового синдрому – це ненаркотичні анальгетики (НПЗП + парацетамол), при неефективності додається регіонарна аналгезія, при неефективності 2-ї лінії - наркотичні препарати.

Щоб знеболення було ефективним, його слід чітко планувати та проводити до появи болю. НПЗП є ефективними анальгетиками для лікування гострого болю і найважливішим компонентом мультимодальної аналгезії.

За даними міжнародних досліджень перспективним для знеболення пологів та лікування післяопераційного болю є використання комбінації парацетамол + НПЗП (декскетопрофен). За відмови пацієнтки від епідуральної анестезії ведення 1000 мг парацетамолу забезпечує більш ефективну аналгезію під час пологів.

Традиційні опіоїдні анальгетики розглядаються в якості основи знеболення, однак ефективна анальгетична доза викликає депресію дихання. Альтернативою може бути застосування налбуфіна, який значно рідше викликає нудоту, блювання, не впливає на артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, серцевий викид, сприяє швидкому початку дії і надає тривалий ефект.

Для знеболення кращим є внутрішньовенний шлях введення НПЗП, який сприяє найбільш раціональній передбачувальній плазмовій концентрації необхідній для аналгезії.

Епідуральна аналгезія в порівнянні з системним введенням опіоїдних анальгетиків займає ключову позицію серед всіх регіонарних методів знеболення, які використовують в пологах та в післяпологовому періоді.

Переваги методу: збереження свідомості роділлі, відсутність впливу на скоротливу активність матки, відсутність асфіксії плода, гіпотонічних кровотеч. Незважаючи на свої переваги має ряд недоліків: це складна інвазивна маніпуляція, потребує наявності спеціальних навичок у лікаря-анестезіолога та постійного моніторингу стану пацієнта, є певний ризик ускладнень.

Потрібно пам'ятати, що управління болем під час і після пологів може знизити ймовірність виникнення післяпологової депресії. За необхідності проведення епізіотомії або перинеотомії під час пологів використовується пудендальна або місцева інфільтраційна анестезія (розчином новокаїну, лідокаїну).

Альтернативним методом знеболення є застосування ТАР- і QL-блоків (анестетик під ультразвуковим контролем вводять в міжфасціальний простір м'язів черевної стінки). Ультразвукова візуалізація у наш час є золотим стандартом при виконанні ТАР-блоку. Ефективність цих маніпуляцій, проведених під контролем ультразвуку, не завжди однакова, що пов'язано з використанням різних технік, анестетиків. Незважаючи на досить нетривалий

час використання ТАР-блоку для післяопераційного знеболення в акушерстві та гінекології, він став стандартом післяопераційної аналгезії в багатьох європейських країнах, а також використовується в Україні.

Ускладнення при виконанні ТАР-блоку. У ході досліджень було задокументовано ушкодження внутрішніх органів внаслідок ненавмисної пункції черевної порожнини при виконанні ТАР-блоку «всліпу», судоми, шлуночкові аритмії, транзиторний параліч стегнового нерва.

Висновок.

Підсумовуючи викладене вище, зазначимо, що біль в сучасній медицині є актуальною проблемою сьогодення. Анестезіологія поки не знає ідеальних та універсальних рішень проблеми захисту пацієнта від хірургічної агресії. Найбільш обґрунтованим є мультимодальний підхід. Він передбачає багаторівневу, багатоцільову концепцію, за якої максимум ефекту поєднується з мінімумом побічних проявів. Максимум ефекту досягається за рахунок синергізму застосовуваних для аналгезії препаратів/методик, або сумачії їх дії.

НАВЧАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ

Взяття мазків на цитологічне дослідження

Основне завдання цитологічного дослідження – це скринінг раку шийки матки. Скринінг спрямований на раннє виявлення захворювання .

Завдання	Послідовність дій
Взяття мазків на цитологічне дослідження	<p>Матеріальне забезпечення.</p> <p>На стерильній пелюшці розмістити: гінекологічні дзеркала, корнцанги, ендоцервікальні (гінекологічні) щіточки, ватні кульки, гумові рукавички. Окремо розмістити предметне скельце, контейнер, бланк направлення, олівець, пелюшку, два лотки, антисептичний розчин, контейнер.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Привітатися з пацієнткою, назвати себе. Пояснити доцільність проведення маніпуляції. Запевнити, що не можливе виникнення ускладнень під час проведення маніпуляції . Отримати згоду на проведення маніпуляції. Запропонувати лягти на гінекологічне крісло на пелюшку. 2.Обробити зовнішні статеві органи антисептичним розчином, висушити. 3.Працювати в стерильних гумових рукавичках 4. Ввести гінекологічні дзеркала в піхву. Оголити шийку матки. 5. Ватною кулькою, затиснутою корнцангом, зняти залишки слизу з шийки матки. 6. Пряму ендоцервікальну щіточку (цервікобраш) увести в канал шийки матки на глибину не менше 2,5 см (зона переходу багатоплощового плоского в циліндричний епітелій) та повернути її на 360.°.Матеріал береться шляхом зскрібка. Одержаний матеріал нанести на предметне скло обертаючими штрихоподібними рухами. 7. Ендоцервікальну щіточкою зігнутою під кутом 90° матеріал береться шляхом зскрібка з ділянки зовнішнього вічка шийки матки Отриманий матеріал нанести на предметне скельце штрихоподібними рухами. 8. Якщо на шийці матки є патологічні зміни, то мазок беруть із патологічно зміненої ділянки. 9. Отриманий матеріал нанести на предметне скельце штрихоподібними рухами. 10. Вивести гінекологічні дзеркала з піхви. 11. Просушити предметне скельце, поставити номер, розмістити в контейнері. 12. Оформити направлення, де вказати: прізвище, ім'я, по-батькові, вік, адресу, діагноз, дату взяття мазка та останніх місячних. 13. Відправити контейнер з мазками, направлення в лабораторію.

Сім кроків жінки по самообстеженню молочних залоз



Першочергові дії при наявності у жінки раку грудей

Симптоми раку грудей

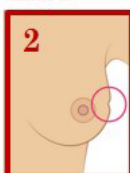
**ПРИ ВИЯВЛЕННІ БУДЬ-ЯКИХ ЗМІН
НЕОБХІДНО ТЕРМІНОВО СКЕРУВАТИ
ЖІНКУ ДО СПЕЦІАЛІСТА:
МАМОЛОГА АБО ОНКОЛОГА!**

**ЗМІНА
ФОРМИ ТА
ТЕКСТУРИ**



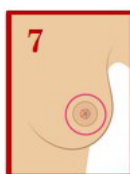
**ПОЧЕРВОНІННЯ
ДІЛЯНОК ШКІРИ**

**ВТЯГНЕННЯ
ДІЛЯНКИ
ШКІРИ**



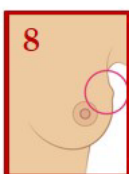
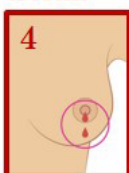
**ЗБІЛЬШЕНИЙ
ЛІМФОВУЗОЛ**

**ЖОВТУВАТІ
ВИДІЛЕННЯ
ІЗ СОСКА**



**ВТЯГНЕННЯ
СОСКА**

**КРОВ'ЯНИСТІ
ВИДІЛЕННЯ
ІЗ СОСКА**



**ВИПІНАННЯ
ДІЛЯНОК ШКІРИ**

**ЗВЕРНІТЬ УВАГУ НА ТАКІ ОЗНАКИ РАКУ
ГРУДЕЙ:**

ПРИПУХЛІСТЬ ТА ЗМІНА ЗВИЧНОЇ
ФОРМИ ОДНІЄЇ З МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

ВТЯГНЕННЯ ДІЛЯНКИ ШКІРИ

НАЯВНІСТЬ ЖОВТУВАТИХ ВИДІЛЕНЬ З
СОСКА

НАЯВНІСТЬ КРОВ'ЯНИСТИХ ВИДІЛЕНЬ
З СОСКА

ПОЧЕРВОНІННЯ ДІЛЯНОК ШКІРИ ТА
ЗМІНА ЗВИЧНОГО РОЗМІРУ ОДНІЄЇ З
МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

ЗБІЛЬШЕНИЙ ЛІМФОВУЗОЛ

ВТЯГНЕННЯ СОСКА

ВИПІНАННЯ ДІЛЯНКИ ШКІРИ

ВИСНОВКИ

Формування професійної компетентності у студентів є складним процесом, що включає в себе комбінування традиційних та інноваційних методик. Впровадження активних технологій і форм навчання до яких можна віднести проведення науково-практичних онлайн-конференцій, семінарів розвивають творчий потенціал студентів, поглиблюють їх професійні знання.

Під час обговорення матеріалів онлайн семінару-тренінгу «Актуальні питання в клінічній медицині» викладачі регіону зауважили, що виходячи із викликів сьогодення, епідемічної ситуації в державі та у зв'язку із збільшенням об'єму інформації, який необхідний для засвоєння та формування певних умінь та навичок у студентів-медиків, важливе значення набуває проблема пошуку сучасних ІКТ.

Проведення регіонального студентського онлайн семінару-тренінгу «Актуальні питання в клінічній медицині» та інших заходів з застосуванням комп'ютерних технологій - привабливий та цікавий вид діяльності. Є можливість подавати матеріал науково, цікаво, з використанням мультимедійних презентацій, відеофільмів тощо. У присутніх включаються три види пам'яті: зорова, слухова, моторна.

Використання сучасних інформаційних технологій при викладанні клінічних дисциплін – важливий аспект удосконалення й оптимізації навчального процесу. Вони розвивають творчий потенціал студентів-медиків, формують професійні компетенції, максимально наближають до тих ситуацій, з якими вони матимуть справу, виконуючи свої професійні обов'язки в майбутньому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство: підручник (за ред. Б.М. Венцовського, Г.К. Степанківської, В.П. Лакатоша). - К.: ВСВ Медицина, 2018. – 422 с.
2. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М. Венцовського, Г.К. Степанківської, М.Є. Яроцького). - К.: ВСВ Медицина, 2017. – 387 с.
3. Гінекологія [Текст] : підруч. для студентів вищ. навч. закл. / В. К. Ліхачов ; рец.: Ю. С. Паращук, О. М. Юзько, О. В. Булашенко. - Вінниця : Нова Книга, 2018. – 688 с.
4. Григоришин П. М. Дистанційні технології навчання: досягнення, проблеми та перспективи розвитку [Електронний ресурс] / П. М. Григоришин, Є.Г.Махрова, В. М. Ходоровський // Вісник проблем медицини. – 2018.
5. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя. Навчальний посібник. За аг. Ред. проф.. Ф.В. Дахна, проф.. В.В. Камінського. – Київ, 2017. – 338 с.
6. Дівнич Т. Я. Дистанційна форма навчання у вищому навчальному закладі як одна із технологій організації навчального процесу [Електронний ресурс] / Т. Я. Дівнич // Вісник проблем медицини. – 2019. – Вип. 1 (117). – С. 66–69. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/jpdf/Vpbm_2019_1_13.pdf.