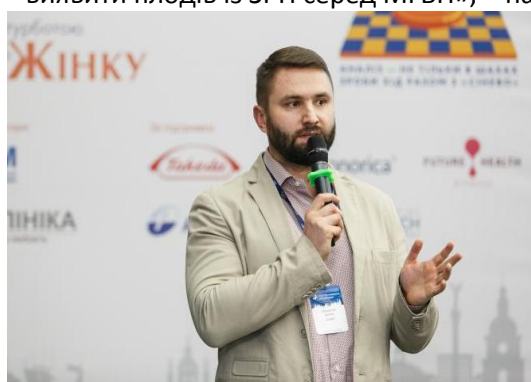


20-21 жовтня 2017 року в Києві з великим успіхом пройшов Профі-Лаб «Вагітність, пологи, післяпологовий період» <http://www.obstetricdays.com.ua/#more-profi>. Конференції, організовані видавництвом «ЕХТЕМПОРЕ», науково-практичними журналами «З турботою про Жінку» та «Практикум з неонатології та медицини плода», вже давно стали однією з головних платформ для обміну знаннями та досвідом між лікарями акушерами-гінекологами, анестезіологами, неонатологами та іншими.

Приємно зазначити, що м. Вінницю на такому авторитетному Профі-Лабі «Вагітність, пологи, післяпологовий період» представляли відразу 5 спікерів.

З двома надзвичайно цікавими доповідями **«Затримки розвитку плода та малий для гестаційного віку плід: що ми знаємо сьогодні»** та **«Рідкісні акушерські синдроми: елементи теорії і досвіду»** виступив консультант Київського МЦ «Уніклініка» (але ЗАВЖДИ наш, вінничанин!!!) **В.І. Ошовський**. «Більшість плодів із ЗРП є малими для гестаційного віку плодами (МГВП). Більшість плодів МГВП не мають ЗРП. Графіки темпів росту та доплерографія маткових артерій та артерій пуповини дозволяє виявити плодів із ЗРП серед МГВП», – наголошує Віктор Іванович.



УМОВИ РОЗРОДЖЕННЯ

- Адекватна оцінка стану напередодні (СТ, STV, доплерографія кровоплину в АП, СМА, ВП)
- Профілактика РДС / нейропротекція
- Перманентний фетальний моніторинг
- Оперативне розродження при найменших ознаках страждання
- ретельний догляд в післяпологовому періоді



20-21.10.2017 • Київ

Фрагмент презентації В.І. Ошовського «Затримки розвитку плода та малий для гестаційного віку плід: що ми знаємо сьогодні»

В перший день конференції з доповіддю **«Перша допомога при ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) очима акушера: курс на безпеку»** виступила **І.Л. Кукуруза**, обласний спеціаліст, відповідальний за проведення методичної роботи за фахом «Акушерство та гінекологія» Департаменту охорони здоров'я Вінницької ОДА. Вона відмітила, що венозний тромбоемболізм залишається в десятці провідних причин материнської смерті в цивілізованих країнах. Тому акушер-гінеколог перш за все повинен бути обізнаним щодо питань тромбoproфілактика цього грізного ускладнення. «Якщо бажаєш врятуватися від катастрофи ... , – мовив Лао-Цзюнь, – то краще за все заздалегідь запобігати її появі в своєму житті». Адже неможна допускати ситуацій, коли думка про розвиток венозної емболії приходить одночасно з розумінням, що шансів врятувати пацієнтку вже немає.

Тромбoproфілактика під час пологів:

2. SOGC 2014: Антикоагулянти та нейроаксіальна анестезія

- Відміна НМГ за 12-24 год. до розродження (пологозбудження або планового КР) (II-1A).
- Початок / ре-старт антикоагулянтної терапії НМГ через:
 - 6 годин після пологів,
 - 12 годин після КС,
 - 10-12 годин після видалення епідурального катетера (II-1A)
- Загальне знеболення при ургентному КР у вагітних, які отримали профілактичну дозу НМГ менше, ніж за 12 год. до операції та лікувальну – менше, ніж за 24 год. (IIIС).




20-21.10.2017 • Київ

Фрагмент презентації І.Л. Кукурузи «Перша допомога при ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) очима акушера: курс на безпеку»

Продовжила тему венозного тромбоемболізму (VTE) в акушерстві під час воркшопу (частина 2) **Н.В. Титаренко**, обласний спеціаліст, відповідальний за проведення методичної роботи за фахом «Акушерська реанімація» Департаменту охорони здоров'я Вінницької ОДА. На сьогодні новим у

наданні невідкладної акушерської допомоги є активний підхід до управління ризиками. Останнє потребує проведення мультипрофесійного навчання діагностиці та лікуванню ВТЕ, включаючи проведення командних тренінгів, а також наявність у родопомічних закладах міждисциплінарного протоколу з надання невідкладної акушерської допомоги.



Take Home Message

- Тромбози під час вагітності є серйозною клінічною проблемою, що потребує міждисциплінарного підходу.
- Діагностичні підходи, які є застосованими до невагітних пацієнтів, у вагітних вимагають модифікації.
- Основним у лікуванні ВТЕ під час вагітності є антикоагуляція із застосуванням НФГ або НМГ.
- Тромболітичну терапію необхідно негайно використовувати при масивній ТЕЛА, що ускладнилася зупинкою кровообігу/шоком.
- Повинні бути передбачені та вжиті всі заходи для зупинки масивної кровотечі після тромболітичної терапії.

20-21.10.2017 • Київ


Фрагмент презентації Н.В. Титаренко «Перша допомога при ТЕЛА очима анестезіолога: міждисциплінарний підхід»

Проблемам прееклампсії на форумах Профі-Лаб завжди приділяється багато уваги, оскільки в структурі материнської смертності прееклампсія займає одну з лідуючих позицій. І вже в багатьох містах прозвучала лекція д. мед. н., доцента кафедри акушерства та гінекології №1 ВНМУ ім. М. І. Пирогова **Д.Г. Конькова «Нові підходи в профілактиці та лікуванні прееклампсії»**. Доповідач акцентує увагу на необхідності розрізняти за механізмом розвитку патології вагітності ранню ПЕ (до 34 тижнів) та пізню (після 34 тижнів). При обговоренні гіпертензивних розладів в акушерстві підкреслюється принцип ранньої профілактики, котрий дозволяє знизити інцидентність цього стану. Єдиним препаратом, із доказаною ефективністю та виразним фармакоекономічним ефектом, є АСК 100 мг на добу з 12 тижнів до 36 тижнів, - зазначив Дмитро Геннадійович.

Під час вагітності


... посилення принципово іншого розподілу внутрішньосудинного об'єму крові у людини на відміну від всіх проноградних тварин ...

... у вагітних нижче рівня серця розподіляється додатково ще до 10% об'єму крові за рахунок матки, плаценти і плода



... а все разом створює колосальне навантаження на кровообіг та серце матері, яка виношує вагітність, переважно у вертикальному положенні тіла ...

Коньков Д.Г., с соавт. 2014



Фрагмент презентації Д.Г. Конькова «Нові підходи в профілактиці та лікуванні прееклампсії»

На другий день конференції **С.Б. Чечуга**, д. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології №2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова, заст. гол. лікаря з медичної частини Вінницької міської лікарні «Центр матері та дитини» поділився досвідом проведення кесаревого розтину при недоношеній вагітності, тазовому передлежанні та двійні, що в сумі складають 12-18% від усіх пологів. Роль КС в цих групах є неймовірно важливою, - підкреслює Сергій Броніславович. – Ситуацію ускладнює відсутність надійних стандартизованих рекомендацій.



Висновки. КР при недоношеній вагітності

- * Висновки щодо переваг КР при недоношеній вагітності неостаточні;
- * Потужні рандомізовані дослідження у цьому напрямку не заплановані у найближчому майбутньому;
- * Можливість проведення КР в терміні вагітності <26 тижнів повинна розглядатися лише при інформованості пацієнтки за її підписом та залученні неонатологів.
- * Рекомендувати КР зі збереженням цілісності амніону при недоношеній вагітності

Фрагмент презентації С.Б. Чечуги «Кесарів розтин при недоношеній вагітності, тазовому передлежанні та двійні»

Всі презентації, котрі були представлені на конференції, є доступними у мобільний додаток «ПрофіЛаб», завантажити який можна було через Google Play та AppStore. Також можна подивитися світлини та відеоролики з цього та попереднього заходів.

