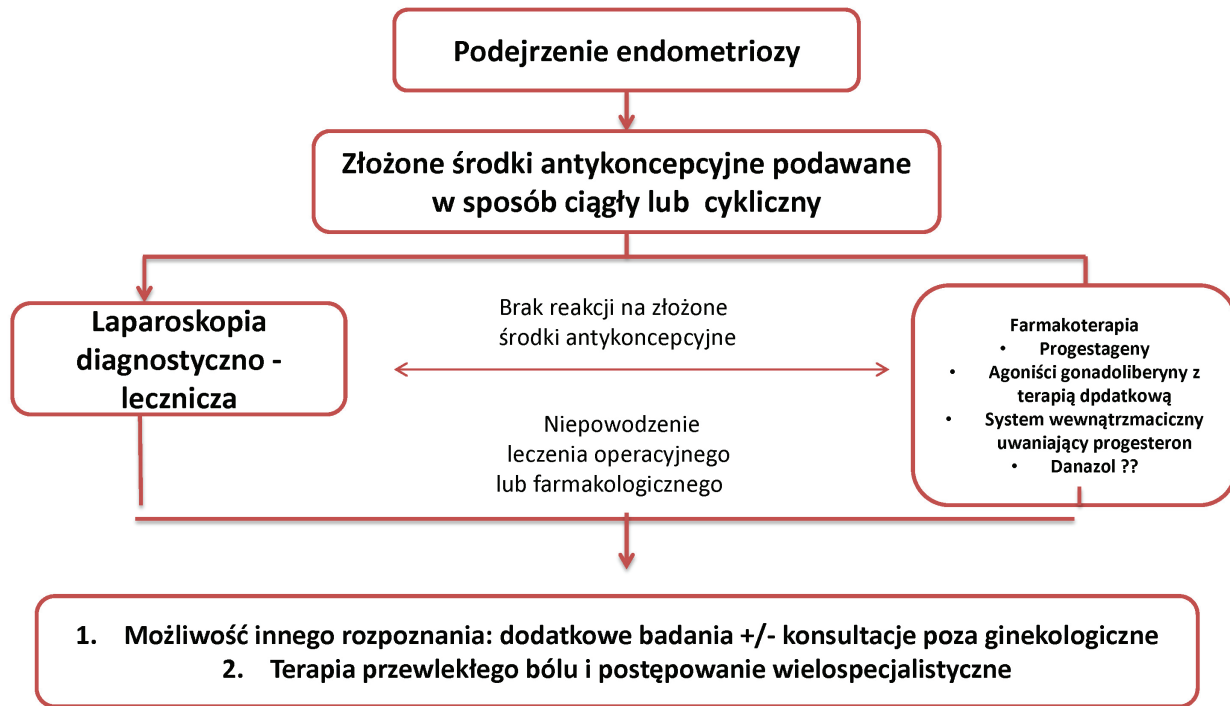
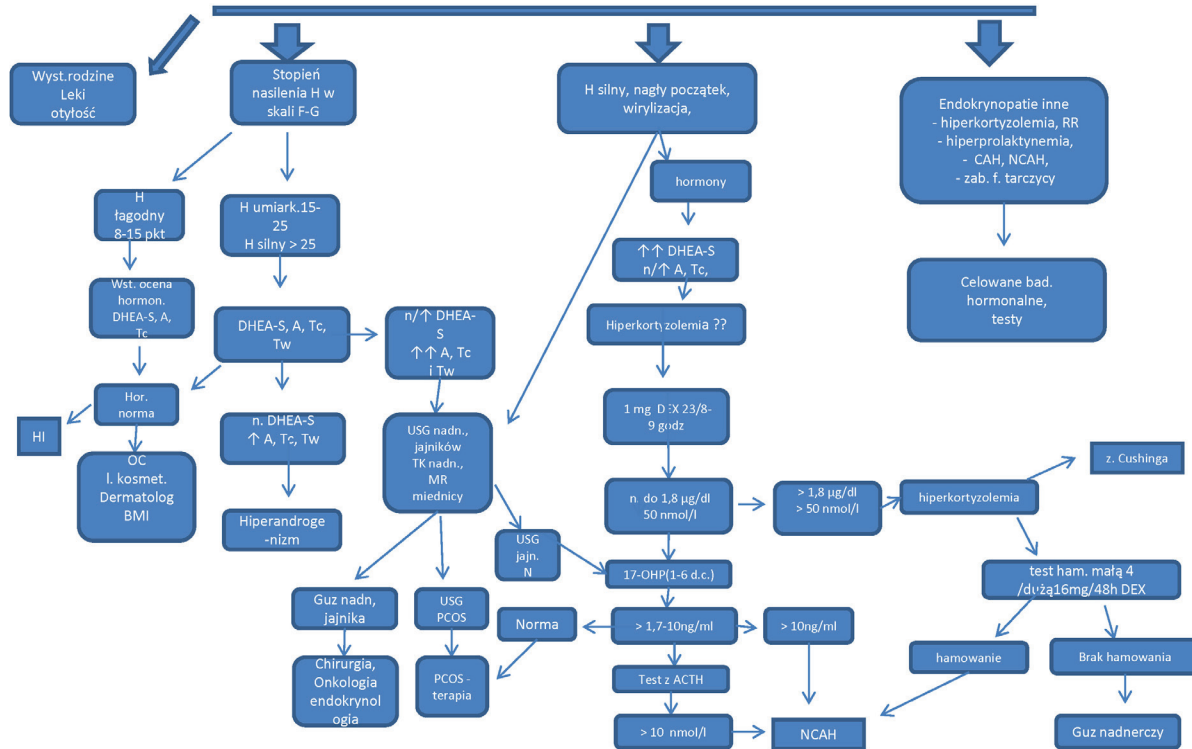


Leczenie bólu w przypadku podejrzenia endometriozy



Leyland N. et al. . Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2010; 32 (7) suppl. 2:S1-S33



Krwawienia młodocianych – algorytm postępowania

Terapia E-P (cykl 1):

- Estrogen 2x2mg przez 20 dni
- od 10 dnia dodatkowo: mikronizowany P 100-150mg, MPA 10mg lub NETA 5-10mg/d przez kolejne 10-14 dni



Terapia E-P (cykl 2):

- Estrogen 2x2mg od 5 dnia cyklu przez 20 dni
- od 10 dnia dodatkowo: mikronizowany P 100-150mg, MPA 10mg lub NETA 5-10mg/d przez kolejne 10 dni



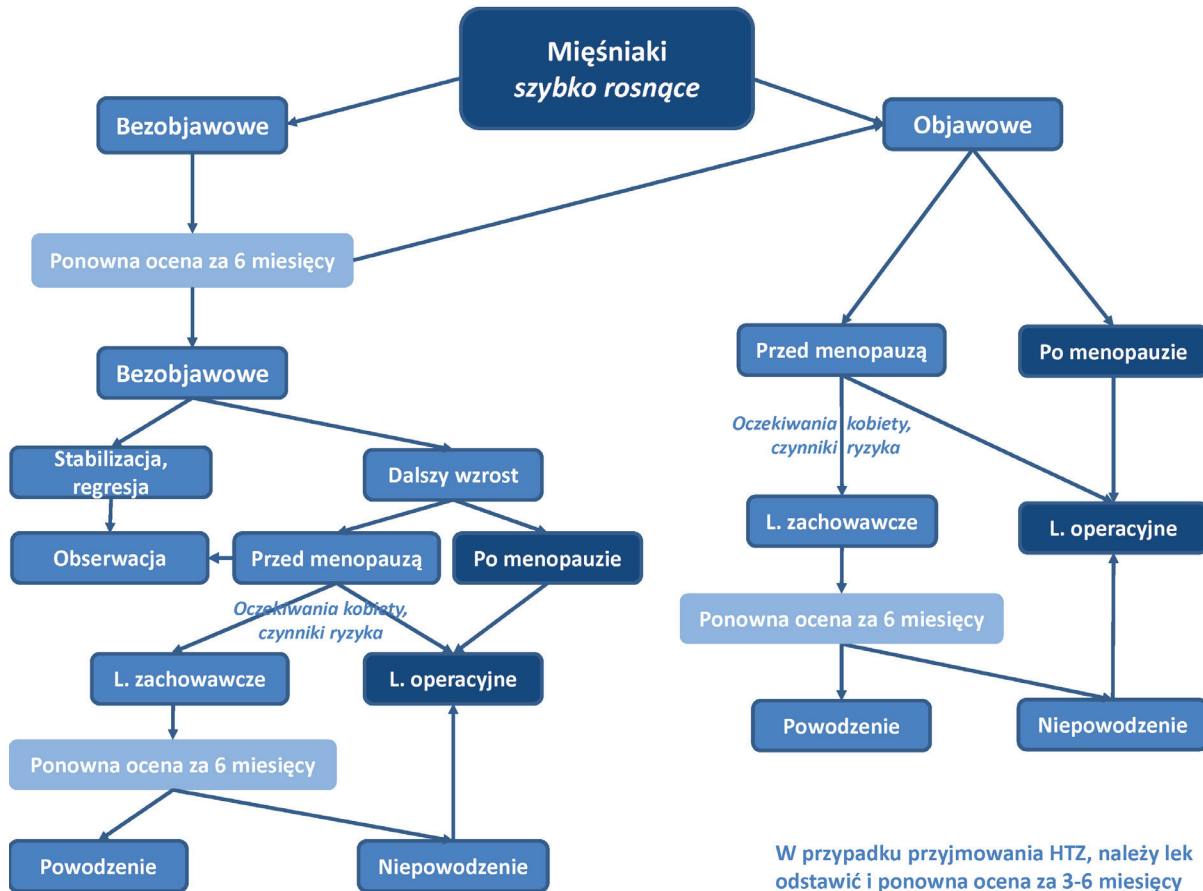
Terapia E-P (cykl 3 i 4):

- Estrogen 1x2mg od 5 dnia cyklu przez 20 dni
- od 10 dnia dodatkowo: mikronizowany P 100-150mg, MPA 10mg lub NETA 5-10mg/d przez kolejne 10 dni



Terapia E-P (cykl 5 i 6):

- Estrogen 1x1mg od 5 dnia cyklu przez 20 dni
- od 10 dnia dodatkowo: mikronizowany P 100-150mg, MPA 10mg lub NETA 5-10mg/d przez kolejne 10 dni

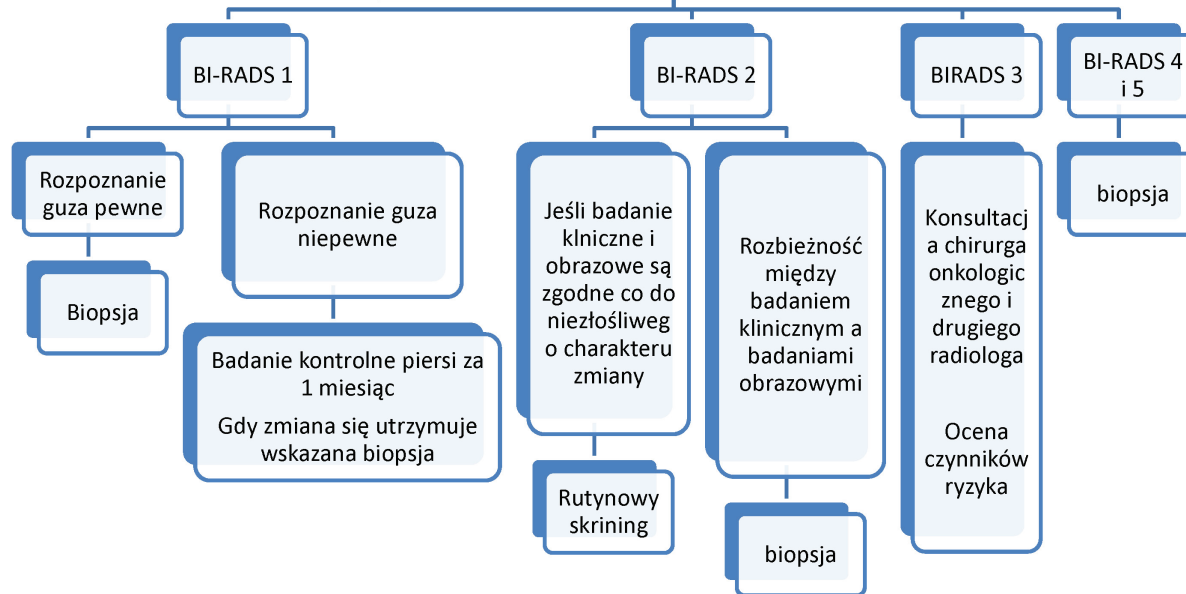


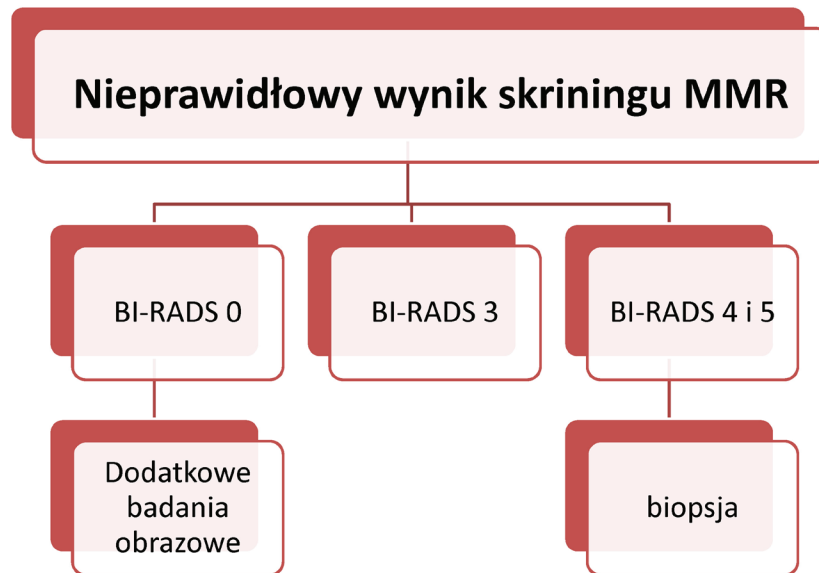
W przypadku przyjmowania HTZ, należy lek odstawić i ponowna ocena za 3-6 miesięcy

Szybko rosnący mięśniak – algorytm postępowania
 prof. nadzw. dr hab. med. Marek Nowak

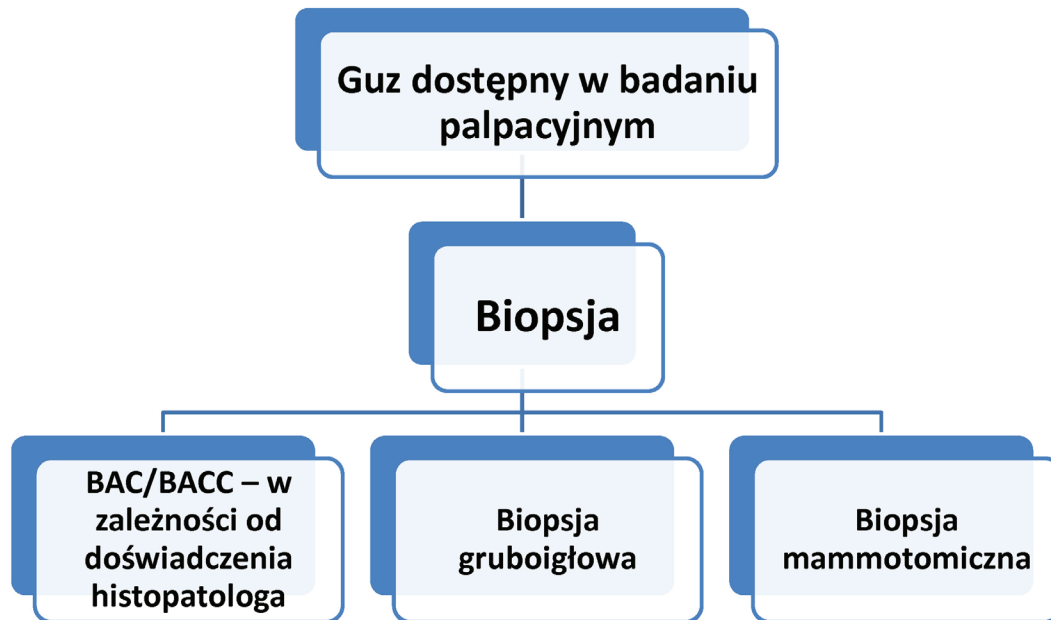
Badalny guz piersi

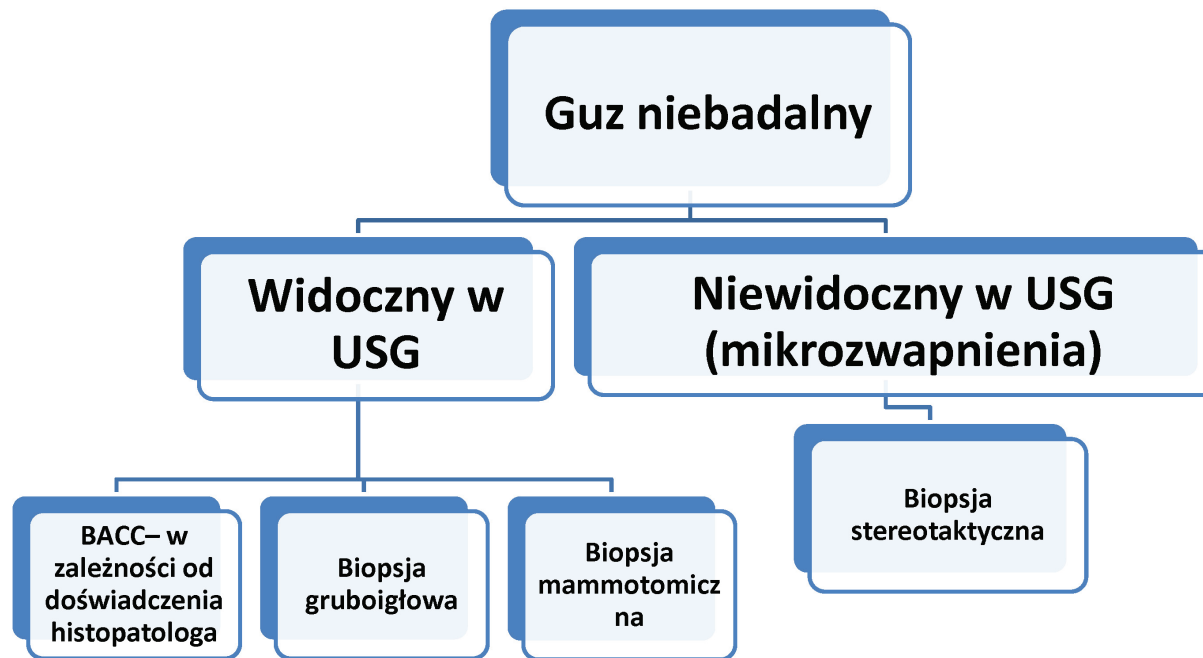
Badania obrazowe (USG, MMR, MR)





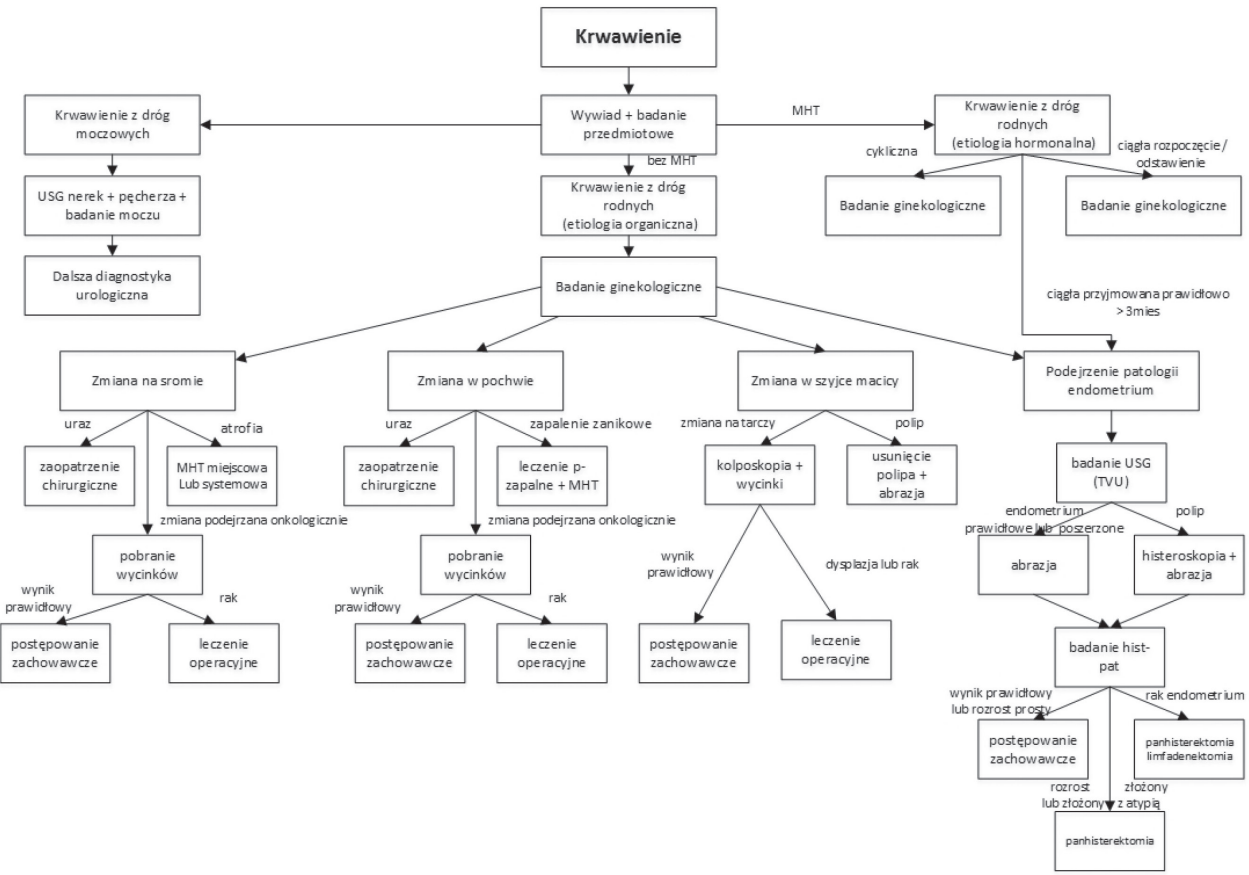
Wybór metody biopsji



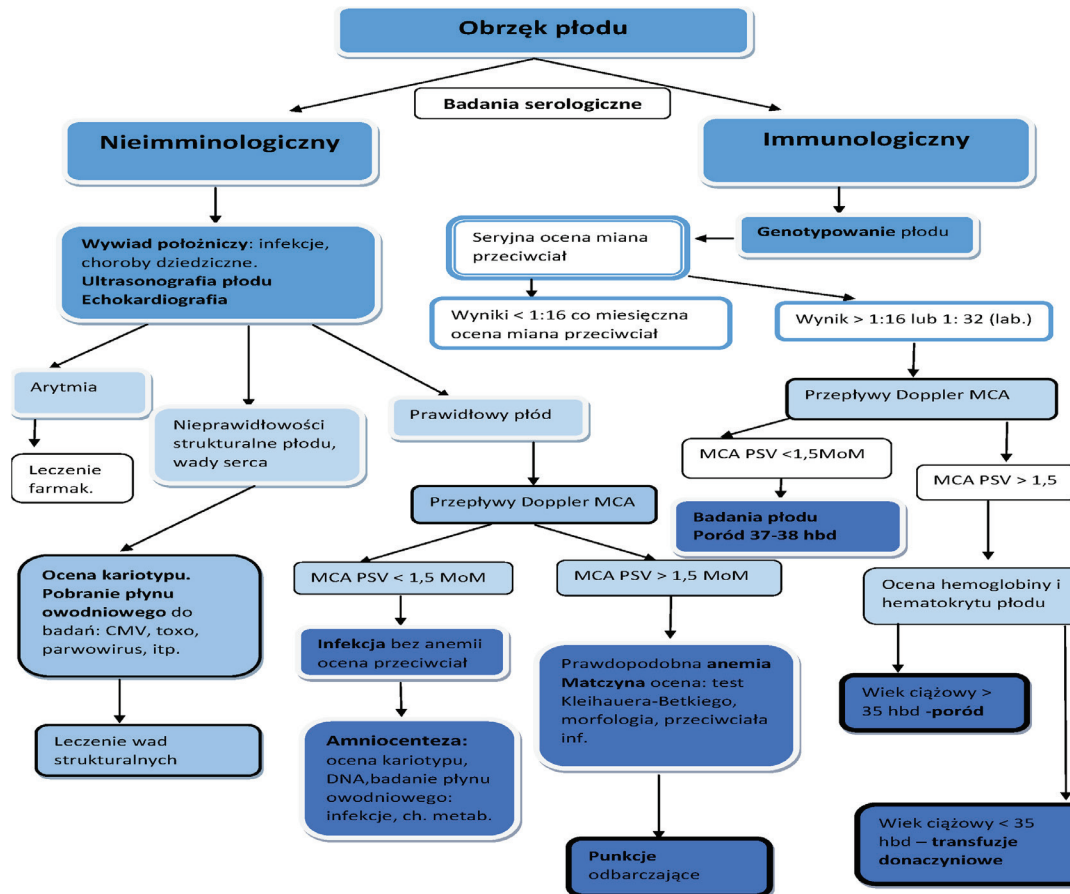




Algorytm diagnostyki guzów jajnika
 dr hab. med. Dariusz Wydra



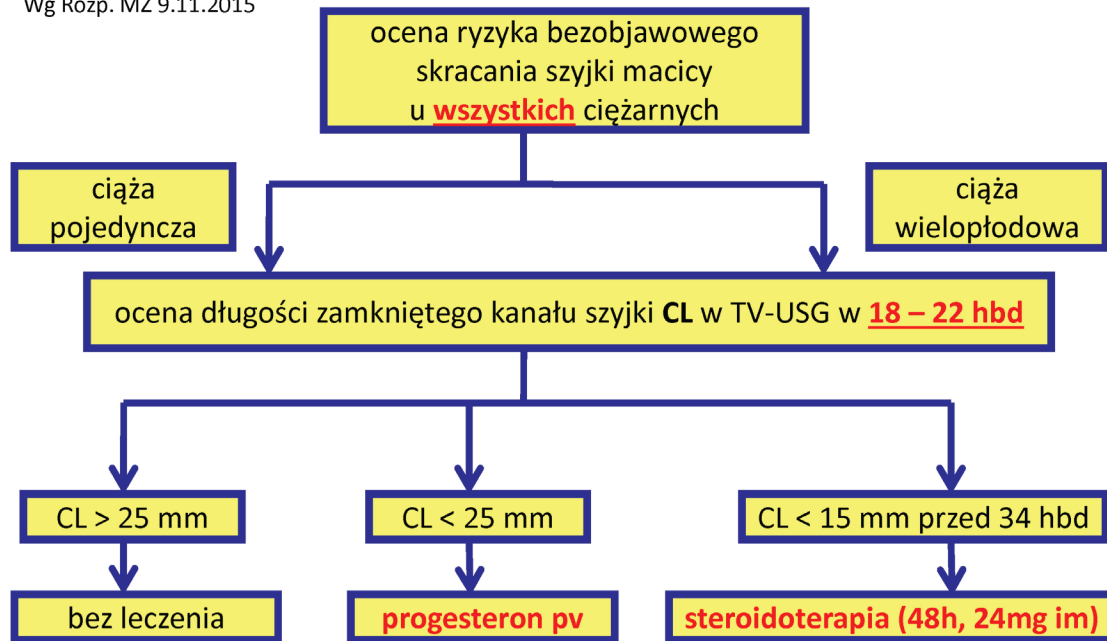
Krwawienie po menopauzie – algorytm postępowania
prof. nadzw. dr hab. med. Tomasz Stetkiewicz



Algorytm diagnostyczny w obrzęku płodu
 prof. dr hab. med. Anna Kwaśniewska

Profilaktyka i leczenie krótkiej szyjki macicy w ciąży

Wg Rozp. MZ 9.11.2015



J. Kalinka



UNIwersYTET
MEDYCZNY
W ŁÓDZI

Krótką szyjką macicy – algorytm postępowania
prof. dr hab. med. Jarosław Kalinka

**ALGORYTMY
POSTĘPOWANIA**
W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

Profilaktyka i leczenie krótkiej szyjki macicy w ciąży

Wg ACOG, SMFM

ciąża pojedyncza

*dla 20-24 hbd :
10 pc = 25 mm

PTB w wywiadzie

bez PTB w wywiadzie

16 – 24 hbd: **RUTYNOWY**
pomiar CL **co 2 tygodnie**

16 – 24 hbd: pomiar CL **może być**
stosowany w indywidualnych przypadkach

CL > 10 pc*

CL < 10pc* przed 24 hbd

CL > 10 pc*

CL < 10pc* przed 24 hbd

progesteron pv

progesteron pv → 😊/😞

pessar szyjkowy → 😊/😞

szew okrężny
w 20⁺⁰ – 24⁺⁶ hbd → 😊

bez
leczenia

progesteron pv → 😊/😞

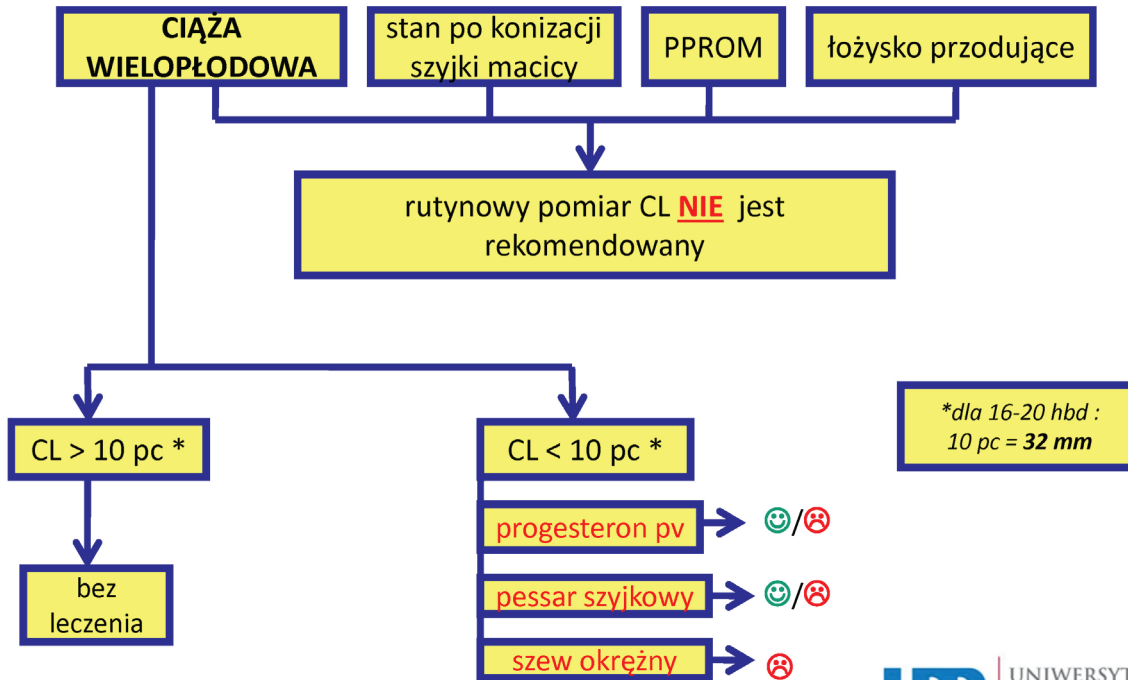
pessar szyjkowy → 😊/😞

szew okrężny → 😞

J. Kalinka

Profilaktyka i leczenie krótkiej szyjki macicy w ciąży

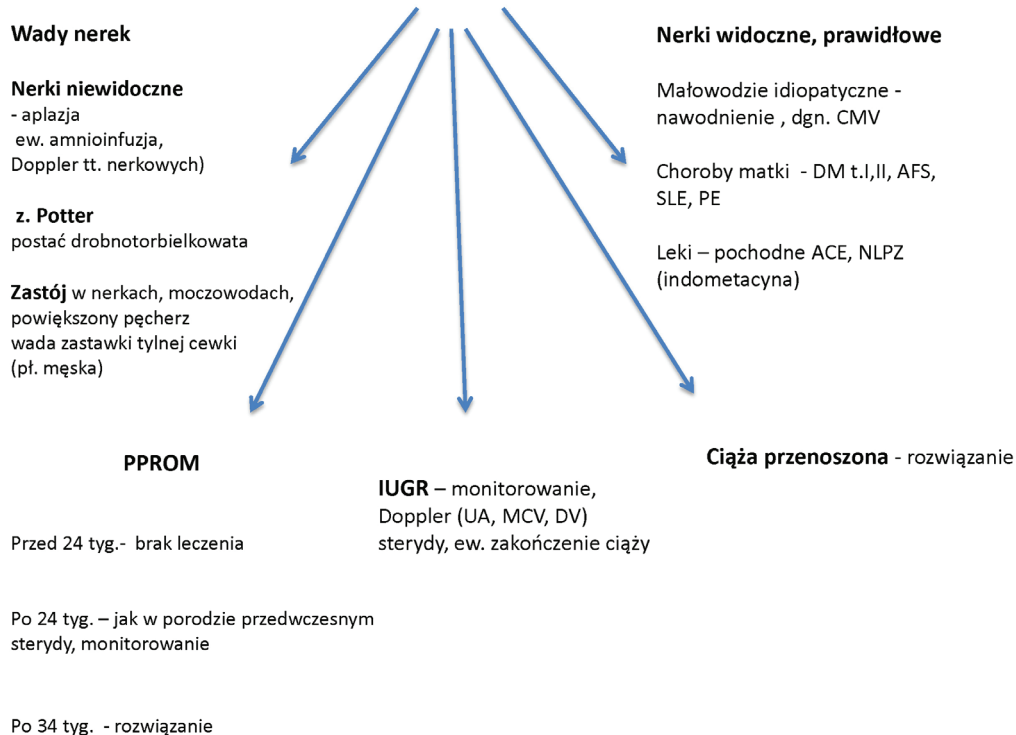
Wg ACOG, SMFM

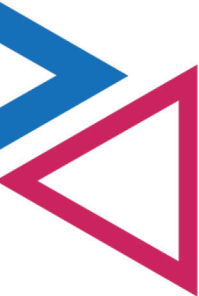


J. Kalinka

Postępowanie w małowodziu (II,III trymestr – AFI<5, MVP<2)

Diagnostyka (Ocena USG nerek, pęcherza moczowego płodu)





Postępowanie w ciąży po terminie porodu



40+0 hbd
ocena dobrostanu płodu
ocena czynników ryzyka



ciąża niskiego ryzyka



KTG, RR, test paskowy moczu, ruchy płodu,
badanie położnicze (co 2 dni)
USG (2x w tygodniu, > 41 hbd co 2 dni)

10 . dzień po terminie porodu

- hospitalizacja
- weryfikacja terminu porodu
- USG (ocena objętości płynu owodniowego)
- test skurczowy
- KTG (codziennie)
- rozmowa z pacjentką
- współwystępowanie czynników ryzyka – indukcja porodu

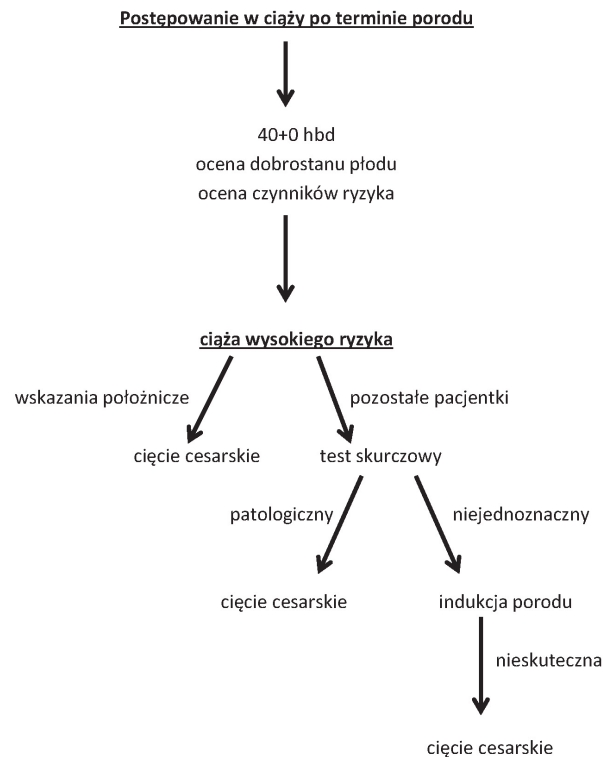
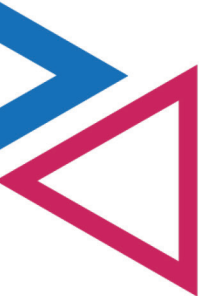


14. dzień po terminie porodu

- indukcja porodu
- USG szyjki macicy

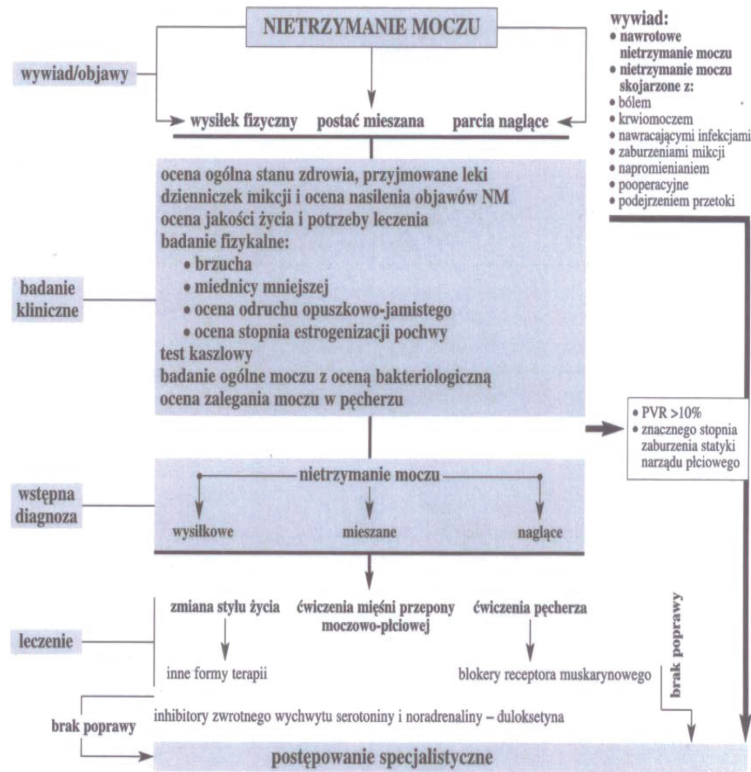
Uhl B. Gynäkologie und Geburtshilfe compact- Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung. Thieme 2010.

Algorytm postępowania w ciąży po terminie
prof. dr hab. med. Bożena Leszczyńska-Gorzela



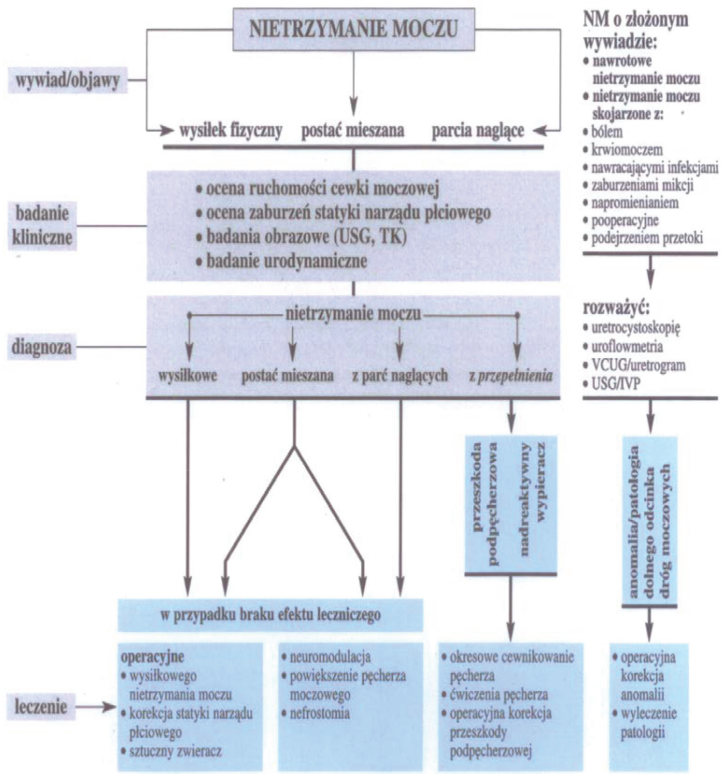
Uhl B. Gynäkologie und Geburtshilfe compact- Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung. Thieme 2010.

Algorytm postępowania w ciąży po terminie
prof. dr hab. med. Bożena Leszczyńska-Gorzela



Ryc. 1. Postępowanie wstępne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet (Przegląd Menopauzalny 5, 2005, str. 8-15)

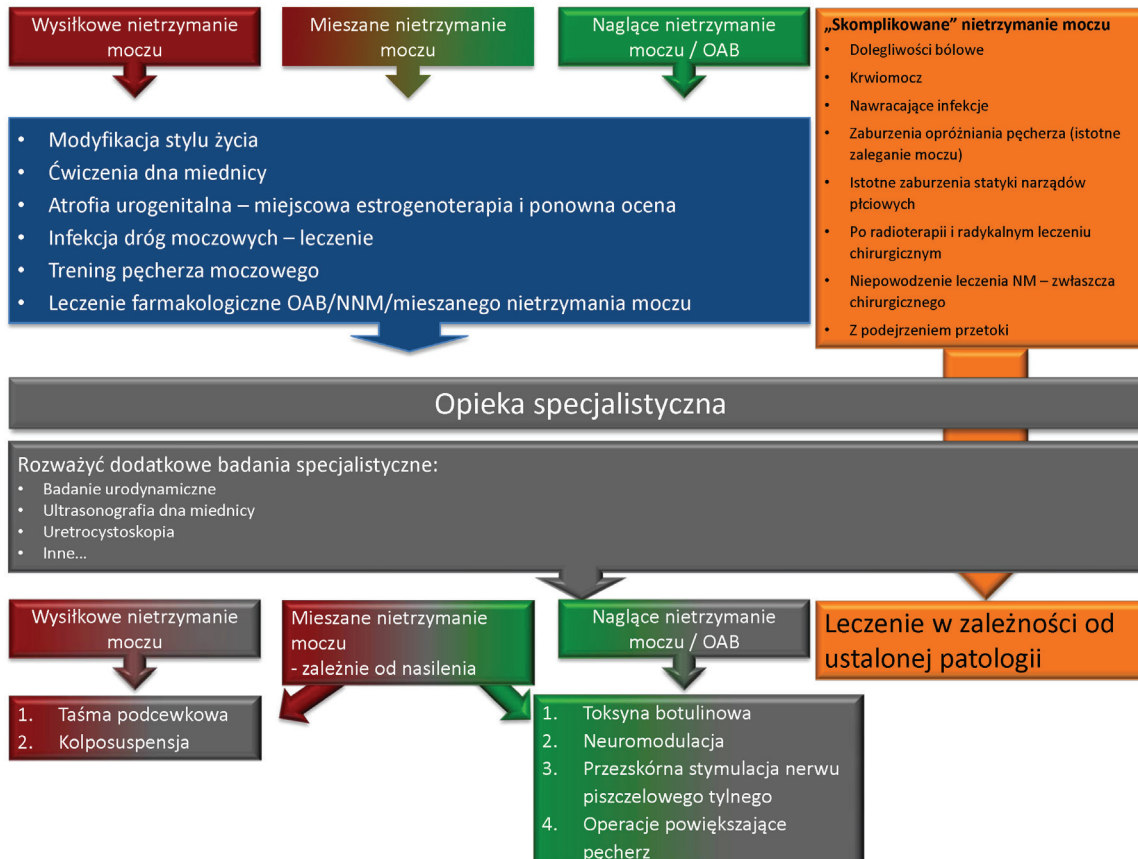


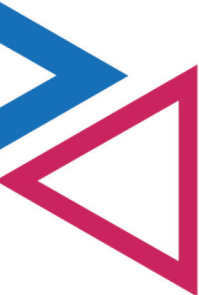
NM o złożonym wywiadzie:

- nawrotowe nietrzymanie moczu
- nietrzymanie moczu skojarzone z:
 - bólem
 - krwimoczem
 - nawracającymi infekcjami
 - zaburzeniami mikcji
 - napromienianiem
 - pooperacyjne
 - podejrzeniem przetoki

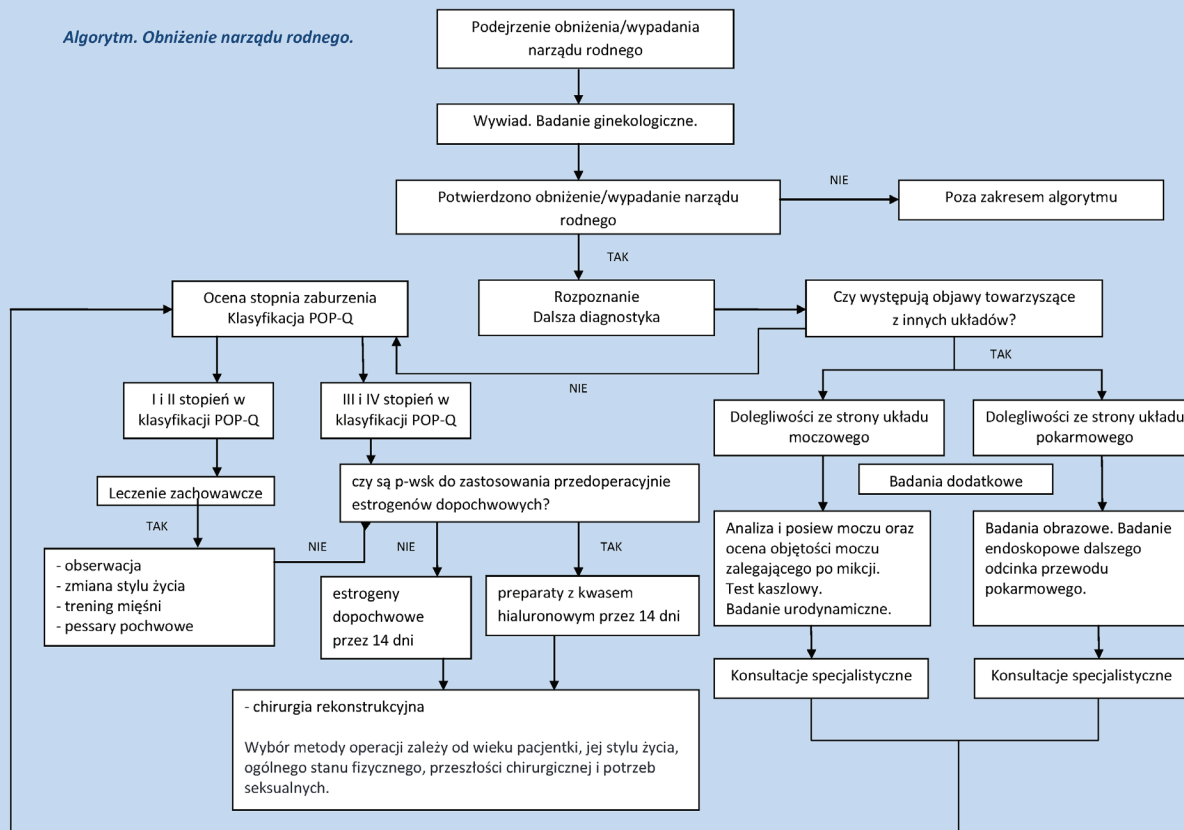
Ryc. 2. Postępowanie specjalistyczne w przypadku nietrzymania moczu u kobiet

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet (Przegląd Menopauzalny 5, 2005, str. 8-15)



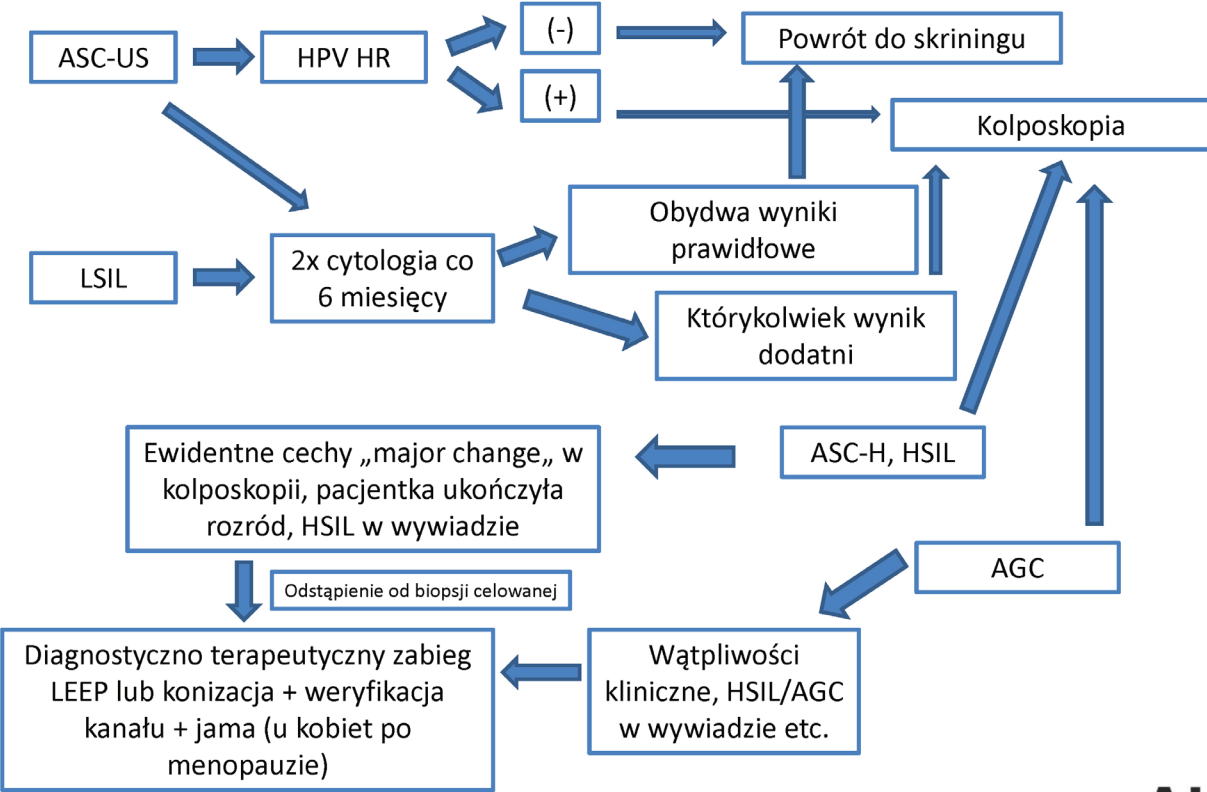


Algorytm. Obniżenie narządu rodowego.



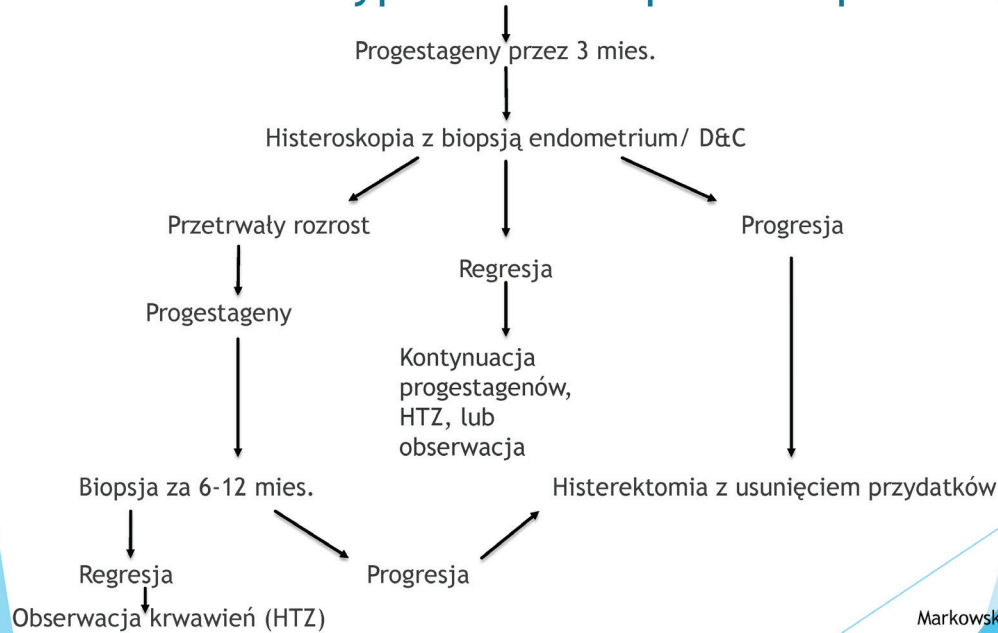
Algorytm postępowania w obniżeniu narządu rodowego
prof. dr hab. med. Dariusz Samulak

Podsumowanie – preferowane (przez autora) algorytmy postępowania w codziennej praktyce klinicznej



Algorytm postępowania w przypadku nieprawidłowego rozmazu cytologicznego
dr n. med. Andrzej Nowakowski

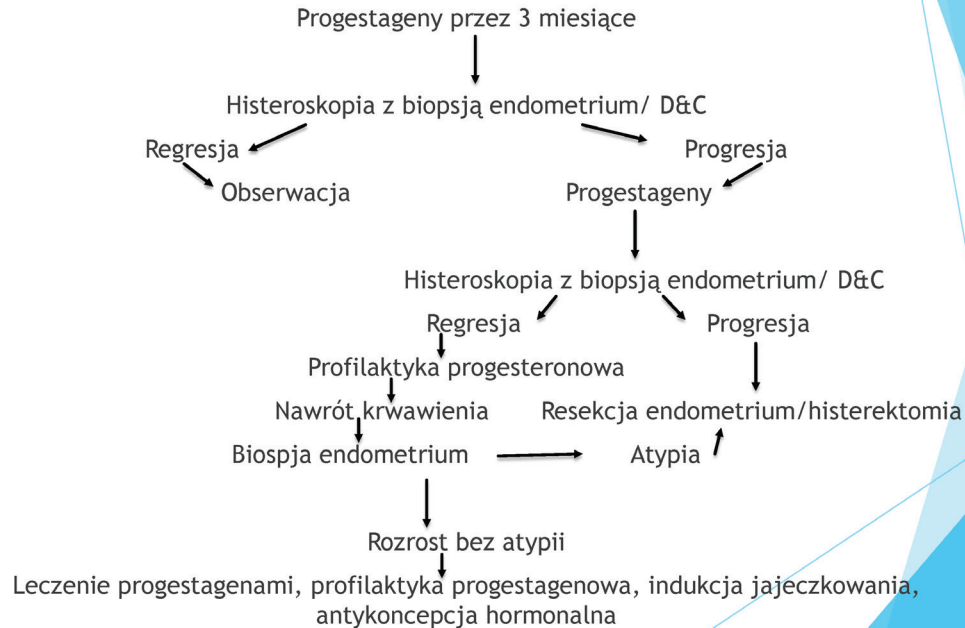
Rozrost bez atypii u kobiet po menopauzie



Markowska J., Mądry R.: Zarys ginekologii onkologicznej 2012

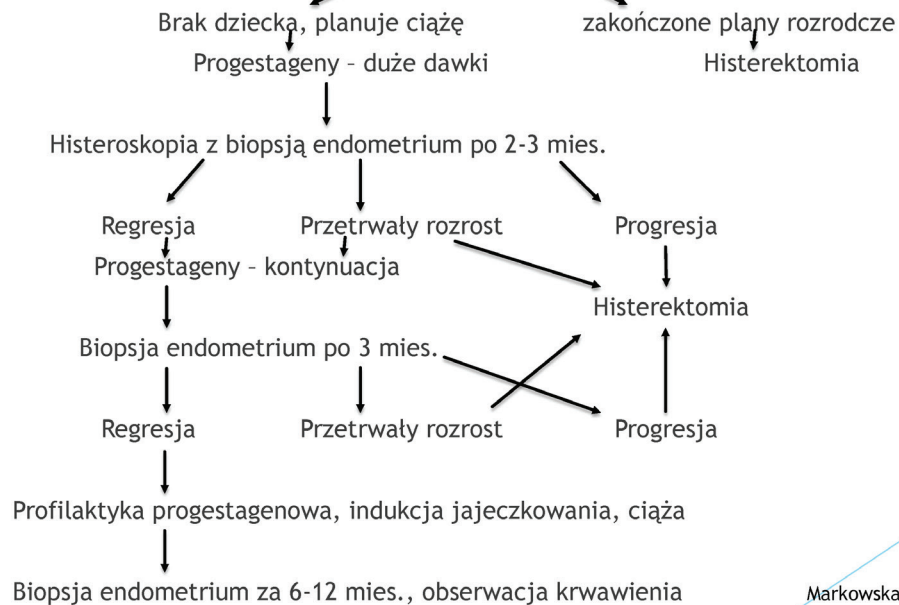
Algorytm postępowania w rozrostach endometrium
prof. dr hab. med. Wiesława Bednarek

Rozrost bez atypii u kobiet przed menopauzą



Algorytm postępowania w rozrostach endometrium
prof. dr hab. med. Wiesława Bednarek

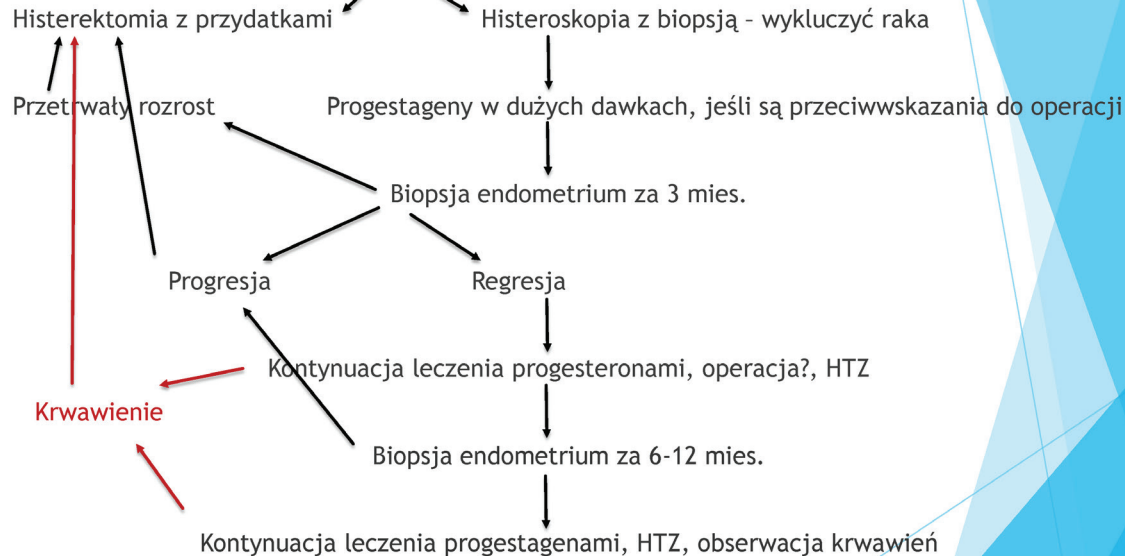
Rozrost z atypią u kobiet przed menopauzą



Markowska J., Mądry R.: Zarys ginekologii onkologicznej 2012

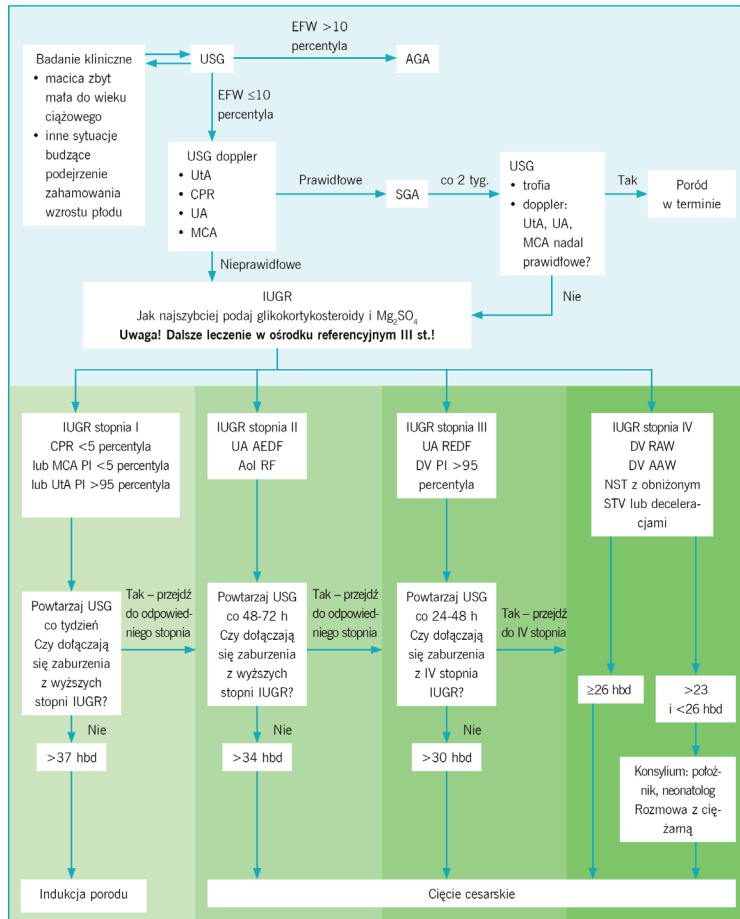
Algorytm postępowania w rozrostach endometrium
prof. dr hab. med. Wiesława Bednarek

Rozrost z atypią u kobiet po menopauzie

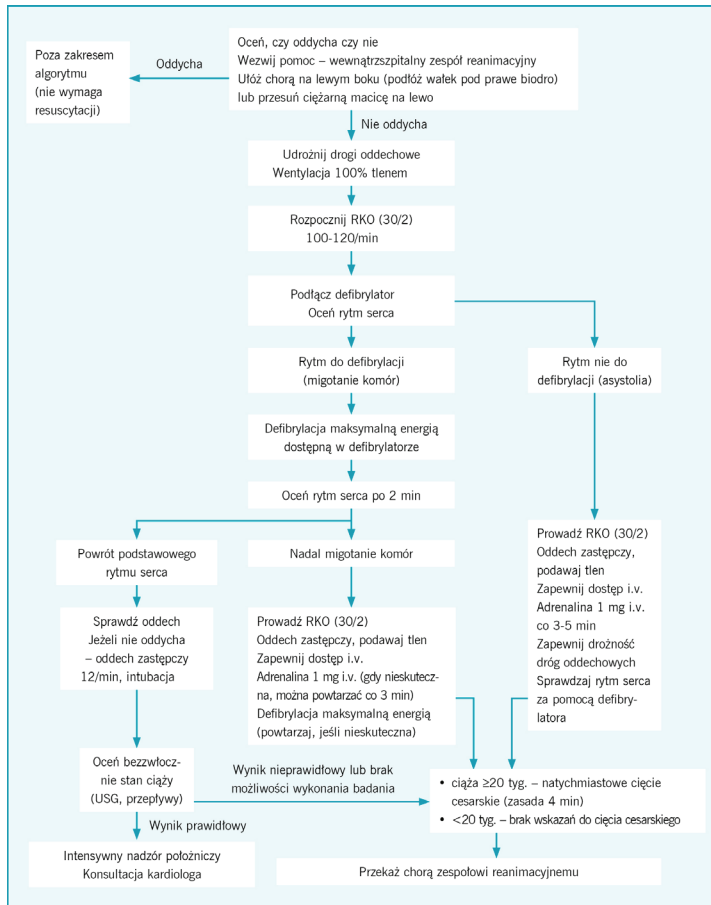


Markowska J., Mądry R.: Zarys ginekologii onkologicznej 2012

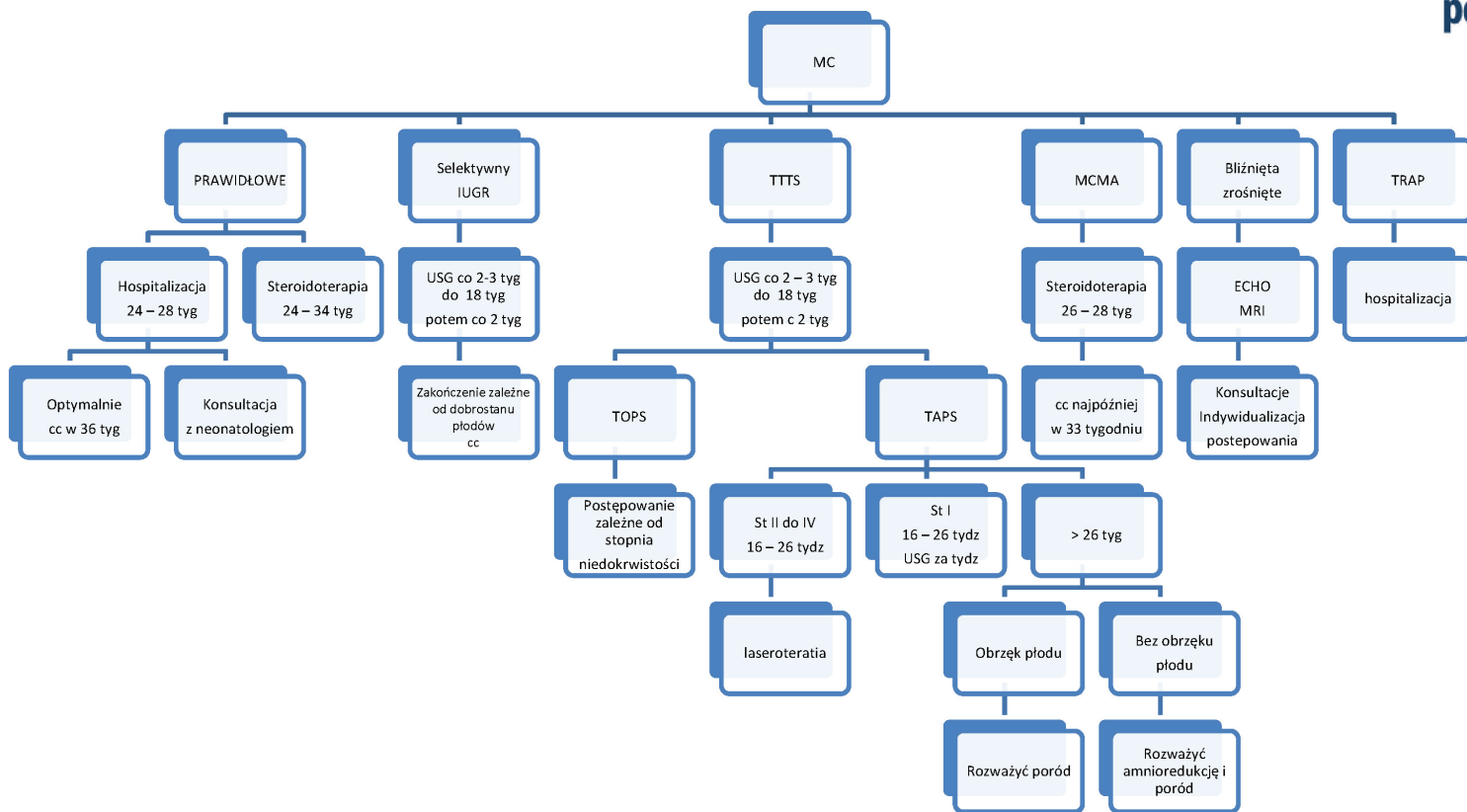
Algorytm postępowania w rozrostach endometrium
prof. dr hab. med. Wiesława Bednarek



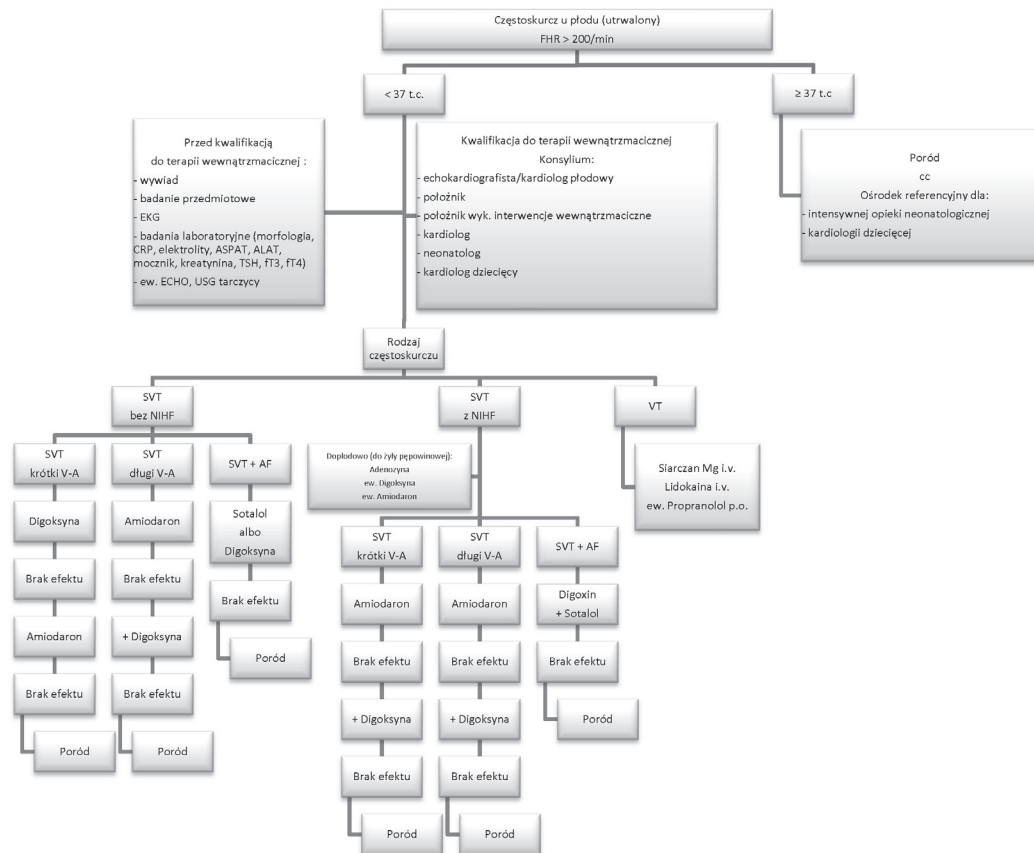
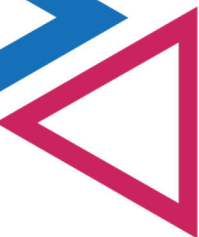
Algorytm postępowania w IUGR
dr n. med. Mariusz Grzesiak



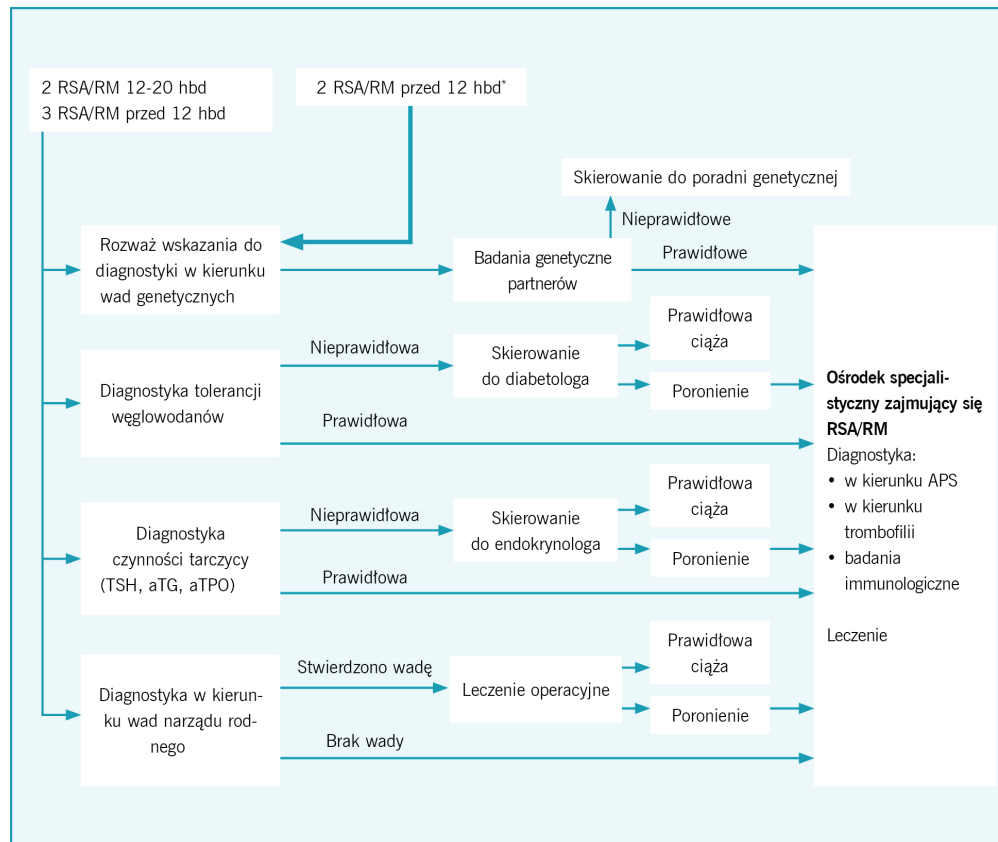
Zatrzymanie krążenia u kobiety ciężarnej – algorytm postępowania
dr n. med. Bogusław Sobolewski



Algorytm wyboru czasu i sposobu zakończenia ciąży wielopłodowej
 dr n. med. Agnieszka Pięta-Dolińska

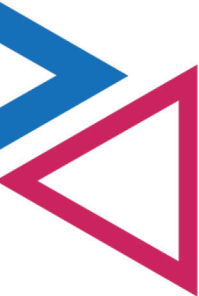


Częstoskurcz serca u płodu – algorytm postępowania
dr n. med. Katarzyna Janiak

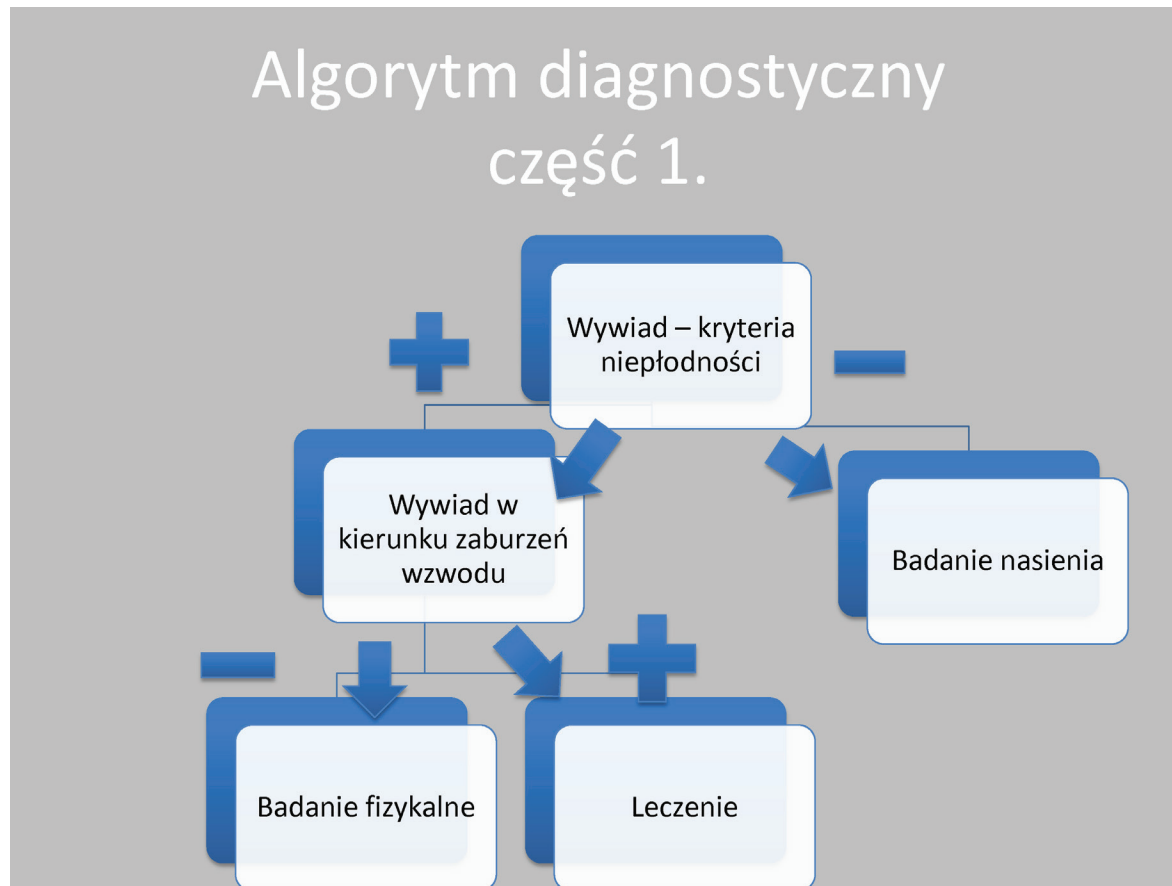


* droga wejścia w algorytm zalecana przez autora

Algorytm postępowania w poronieniach nawracających
prof. dr hab. med. Jacek Wilczyński

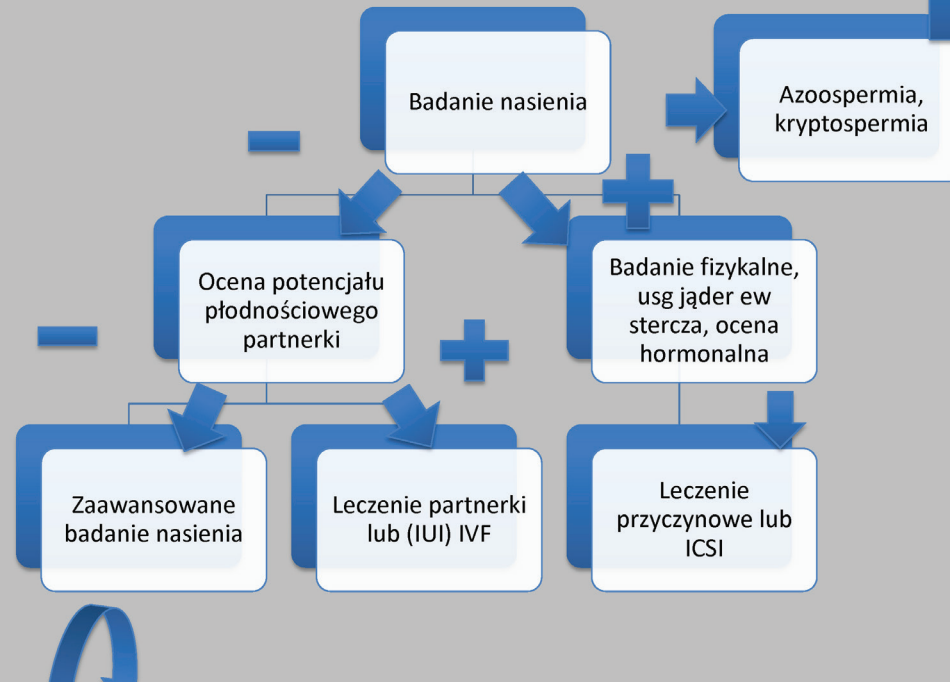


Algorytm diagnostyczny część 1.



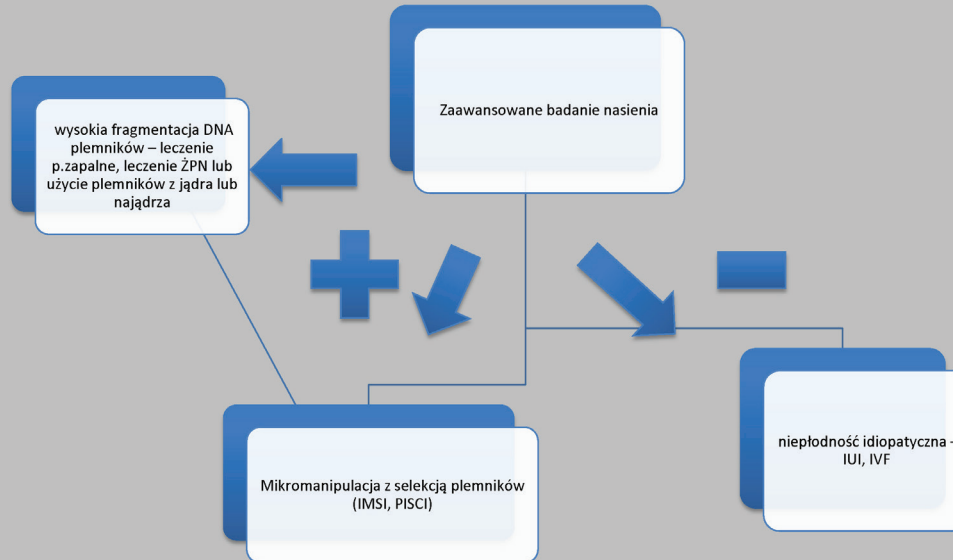
Algorytm diagnostyki niepłodności męskiej
prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

Algorytm diagnostyczny część 2.



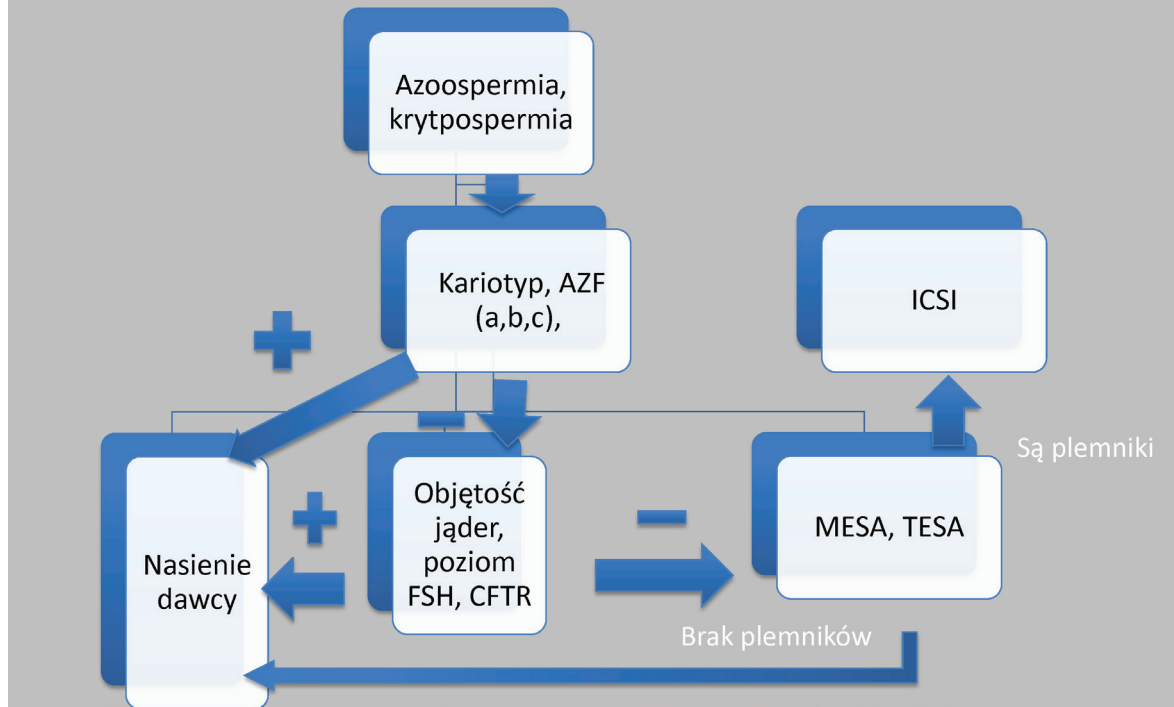
Algorytm diagnostyki niepłodności męskiej
prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

Algorytm diagnostyczny część 3.1



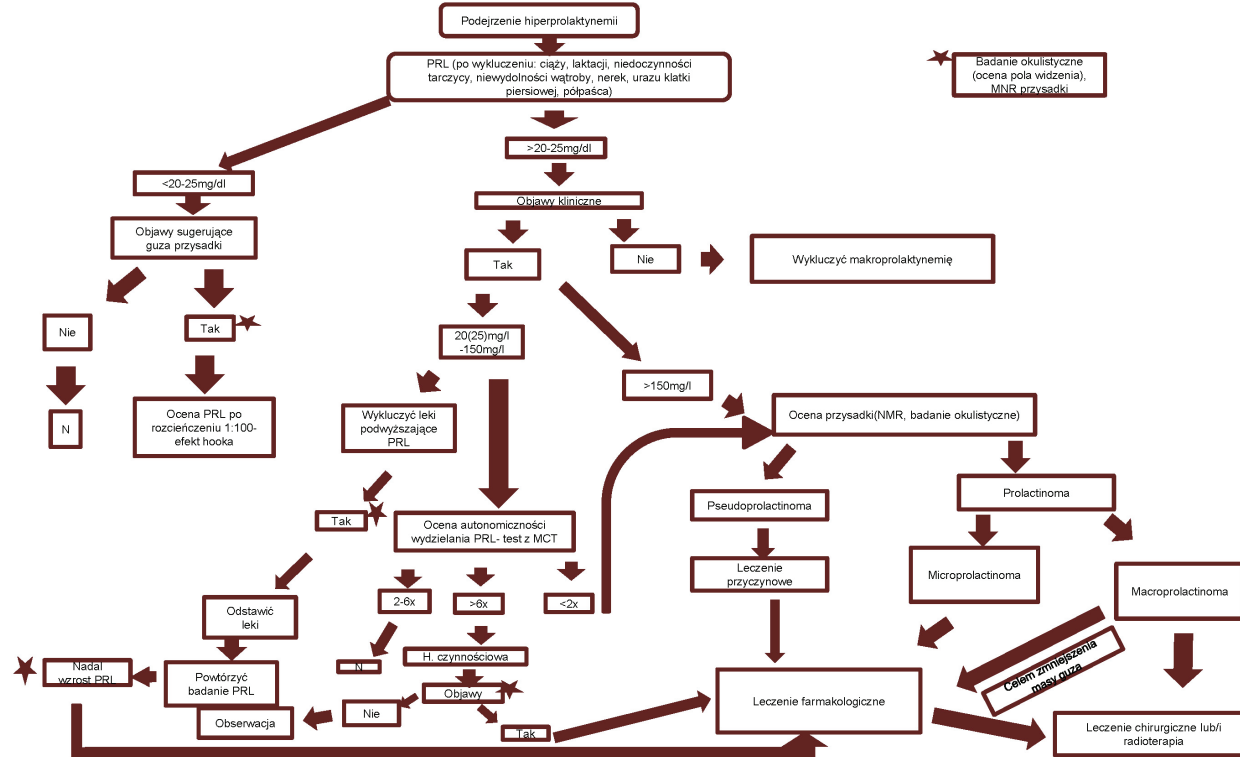
Algorytm diagnostyki niepłodności męskiej
prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

Algorytm diagnostyczny część 3.2

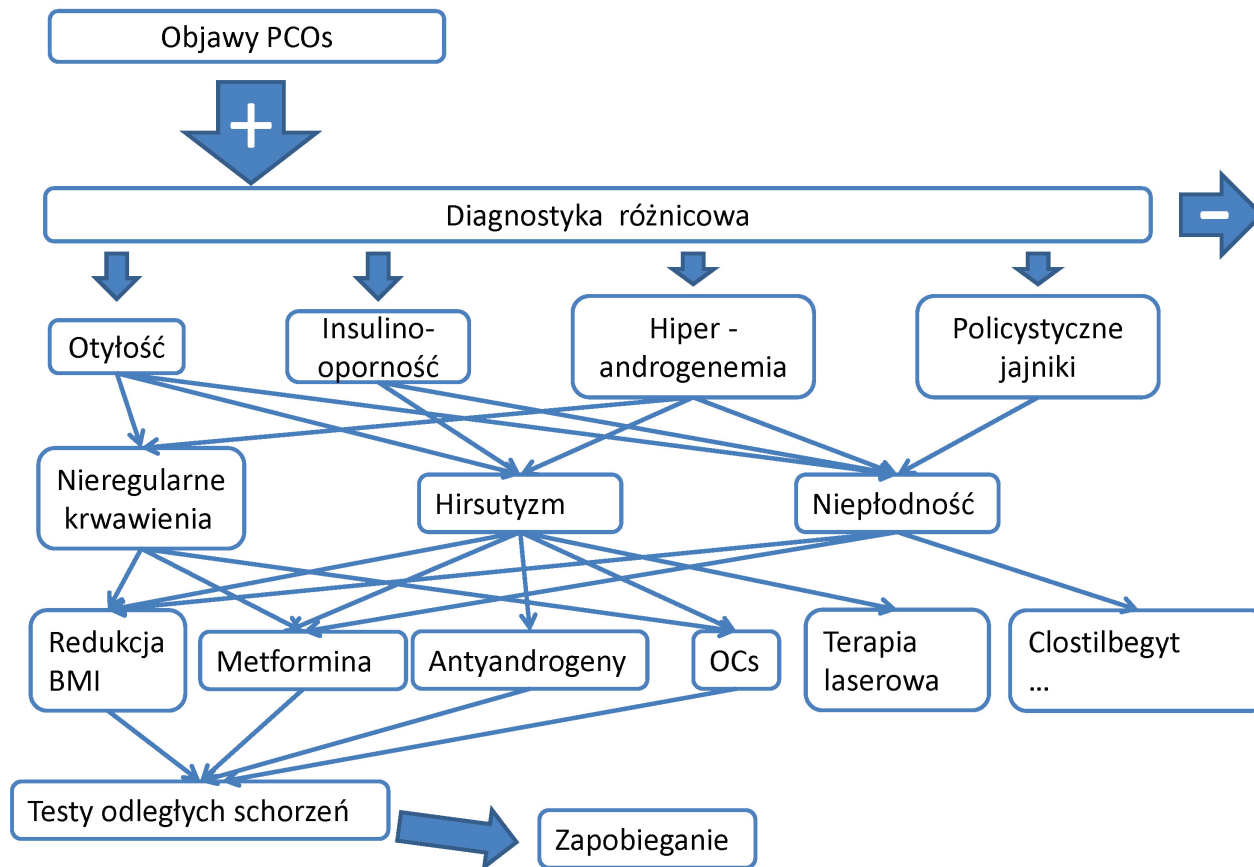
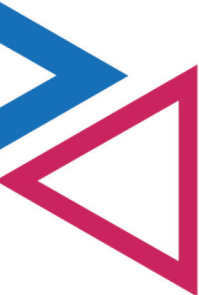


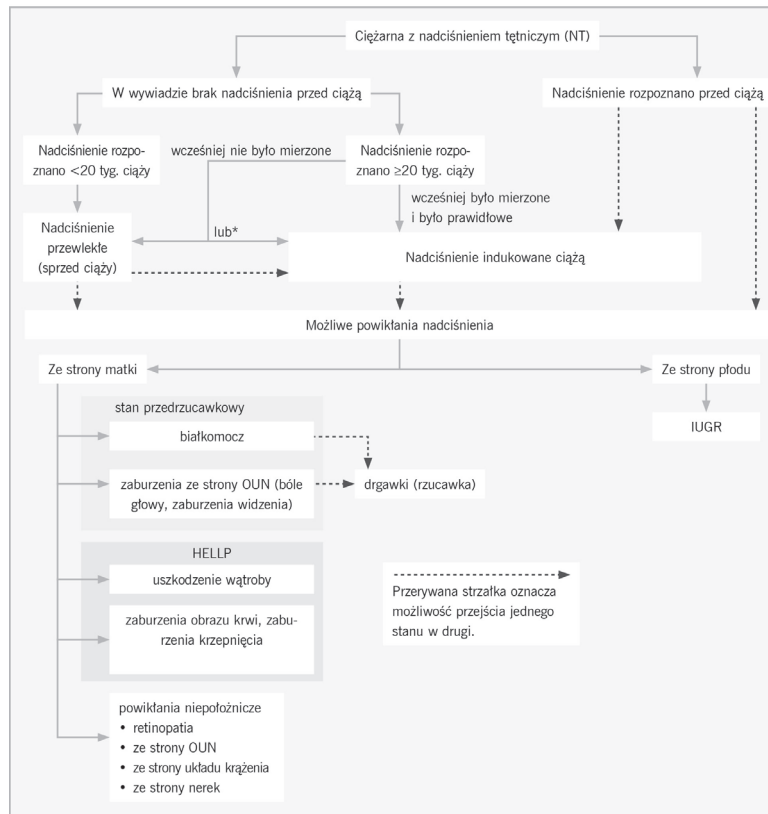
Algorytm diagnostyki niepłodności męskiej
 prof. dr hab. med. Grzegorz Jakiel

Algorytm postępowania w hiperprolaktynemii



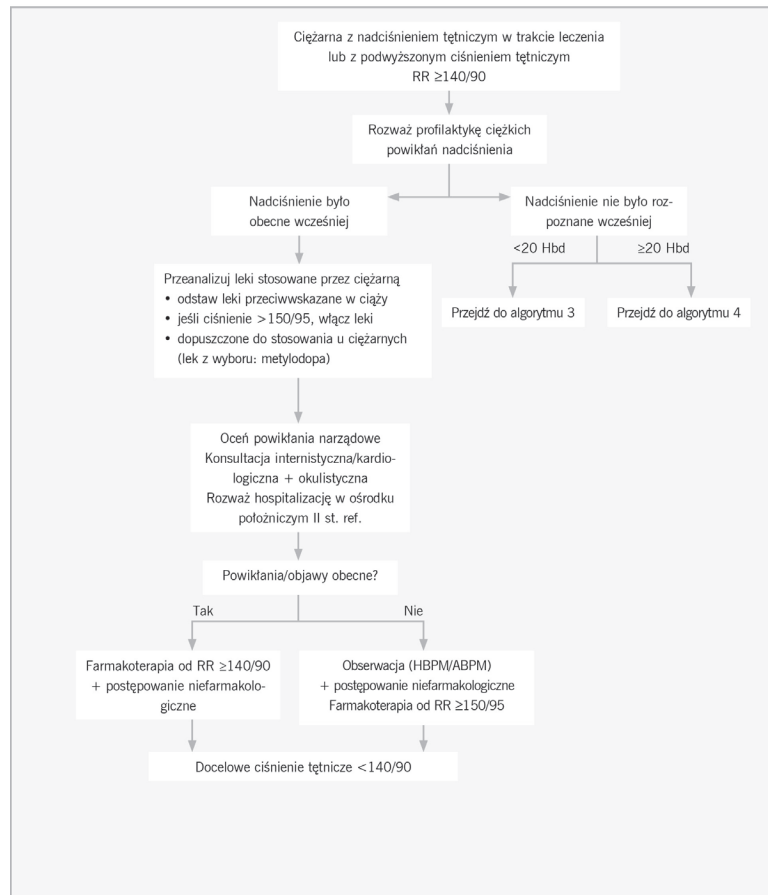
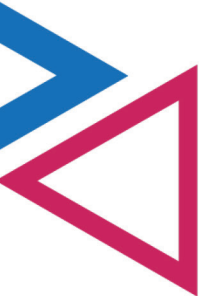
Hyperprolaktynemia – algorytm postępowania
dr n. med. Dorota Kolasa-Zwierzchowska



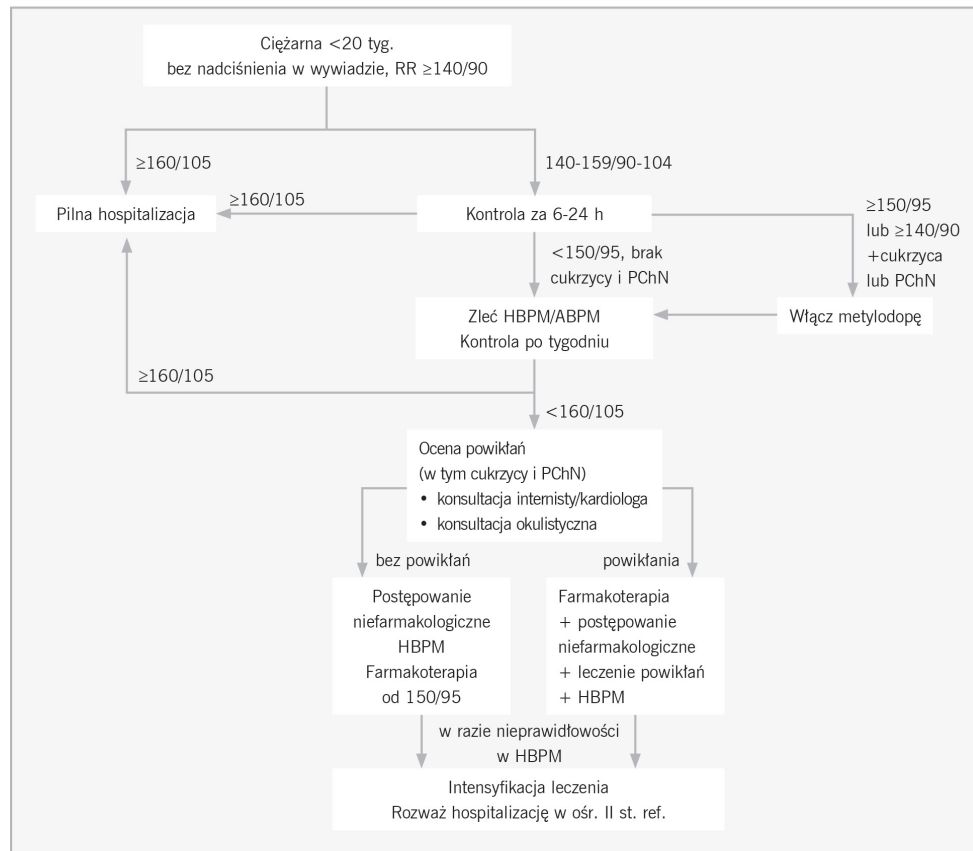


* W sytuacji, gdy przed ciążą ciśnienie nie było mierzone, a nadciśnienie zostanie rozpoznane po 20 tyg. ciąży, nie wiadomo, czy mamy do czynienia z nadciśnieniem indukowanym ciążą (które pojawiło się de novo) czy też nadciśnieniem sprzed ciąży, które – w wyniku występujących w początkach ciąży zmian hemodynamicznych, m.in. rozszerzenia naczyń – nie mogło być wykryte podczas wcześniejszych wizyt. Nie ma to znaczenia dla postępowania położniczego, a jedynie dla losów pacjentki po ciąży. Jeśli nadciśnienie cofnie się przed upływem 12 tyg. od porodu, rozpoznajemy nadciśnienie indukowane ciążą.

Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętniczym w okresie ciąży
 dr n. med. Urszula Faflik

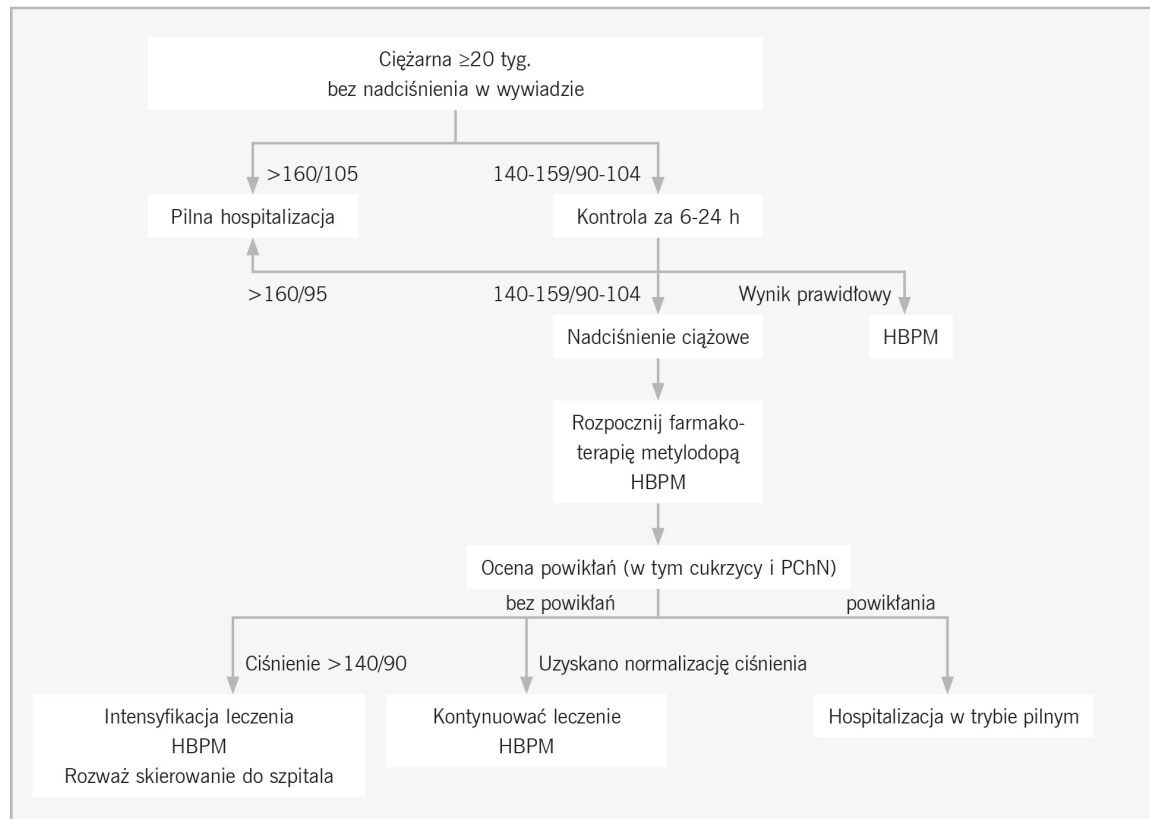


Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętniczym w okresie ciąży
dr n. med. Urszula Faflik



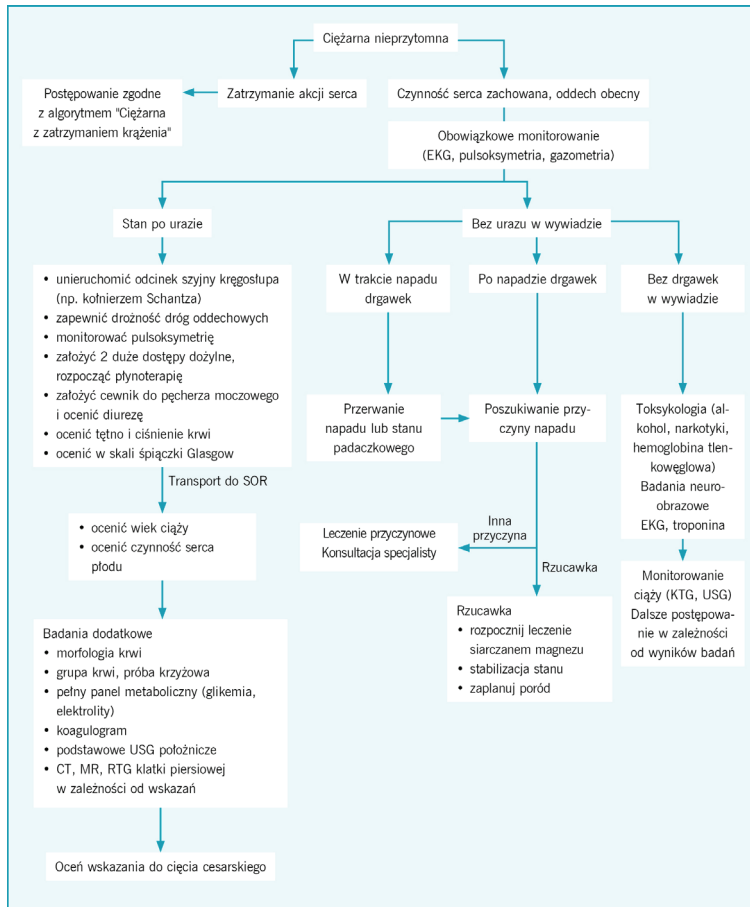
PChN – przewlekła choroba nerek

Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętniczym w okresie ciąży
dr n. med. Urszula Faflik

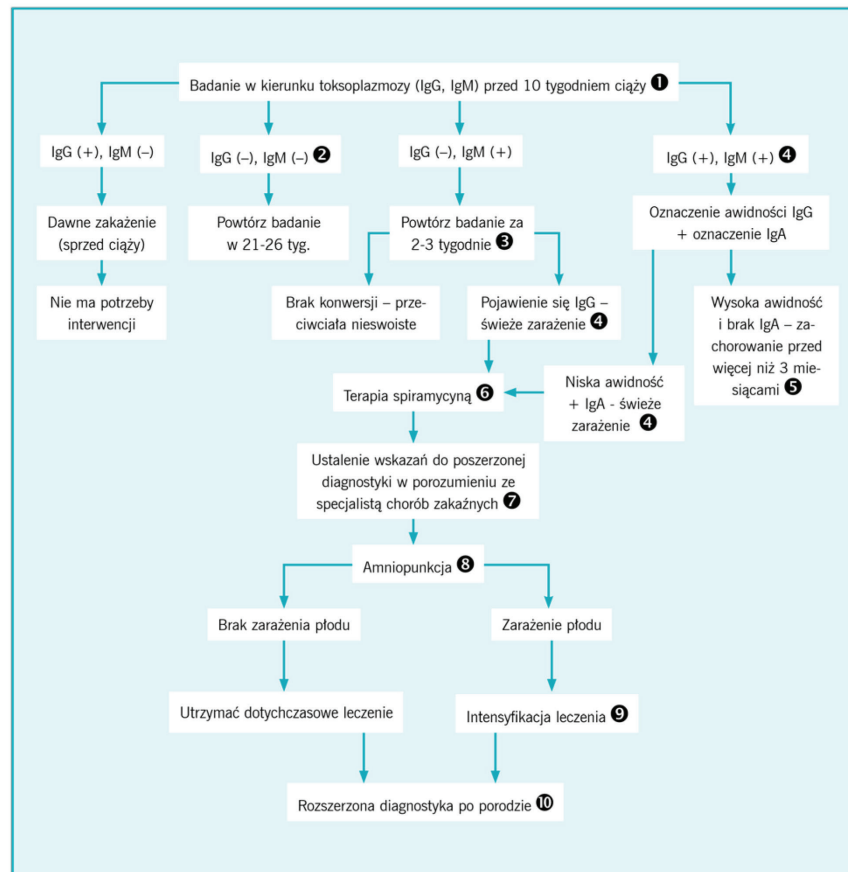


PChN – przewlekła choroba nerek

Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętnicznym w okresie ciąży
dr n. med. Urszula Faflik



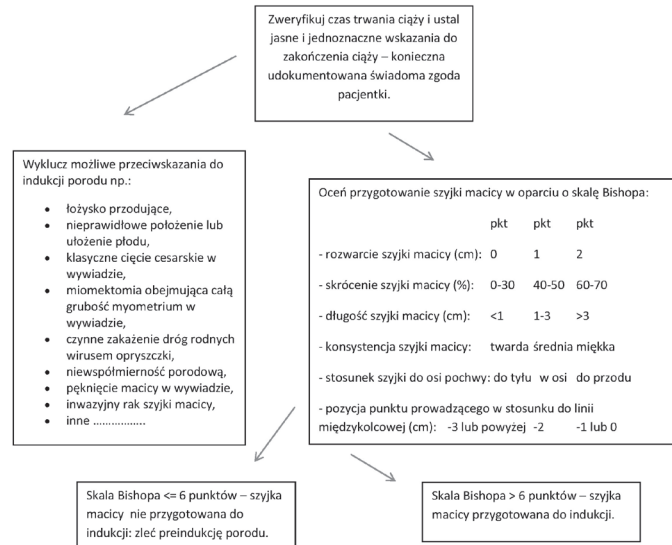
Ciężarna nieprzytomna – algorytm postępowania
 prof. nadzw. dr hab. med. Piotr Woźniak



Toksoplazmoza u ciężarnej – algorytm postępowania
 dr n. med. Bogumił Jaczewski

Podstawowe definicje:

- **Indukcja porodu**
 - Zainicjowanie aktywności skurczowej macicy u ciężarnej, u której nie występuje ona fizjologicznie, mające na celu wywołanie porodu drogą pochwową w ciągu 24 godzin.
- **Preindukcja porodu**
 - Przyspieszanie dojrzewania szyjki macicy poprzez zastosowanie odpowiednich metod w celu jej rozluźnienia, skrócenia, rozwarcia i przygotowania do indukcji porodu drogą pochwową (maksymalnie 24 godziny).
- **Stymulacja porodu**
 - Nasilenie czynności skurczowej macicy w sytuacji, gdy własna czynność skurczowa nie powoduje właściwego postępu porodu.



Najbardziej skuteczne i rozpowszechnione metody preindukcji porodu – w zależności od dostępności metody:

Prostaglandyna E2 (Dinoproston) :

- Żel doszykowy (0,5 mg, Prepidil) jedyny zarejestrowany w Polsce,
- Najczęściej: jednorazowe podanie 0,5mg PGE₂ (2,5 mg żelu),
- dawkę można powtórzyć do 1,5 mg PGE₂ (7,5 mg żelu)/dobę (3x) w odstępach 6-12h.

Uwaga:

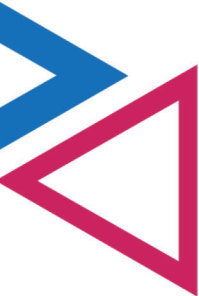
1. Po podaniu PGE₂ podanie oksytocyny przeciwskazane przez 6-12h,
2. Nie można stosować u pacjentek po przeżytym cięciu cesarskim,
3. Nie można stosować u pacjentek z odpływaniem płynu owodniowego.

Cewnik Foley'a (numer 18-20):

- wprowadzony w warunkach aseptycznych do kanału szyjki macicy powyżej ujścia wewnętrznego,
- wypełniony solą fizjologiczną do objętości 30 - 60 ml,
- pozostawiony maksymalnie do 24 godzin,
- indukuje uwalnianie endogennych prostaglandyn w obrębie dolnego odcinka i dojrzewanie szyjki.
- **Bezwzględne przeciwwskazania:**
 - łóżysko nisko usadowione lub przodujące – ryzyko krwotoku.
- **Względne przeciwwskazania:**
 - krwawienie przedporodowe,
 - PROM,
 - zakażenie dolnego odcinka dróg rodnych.

Uwaga:

1. po usunięciu cewnika oksytocynę należy włączyć bez zwłocznie,
2. można stosować u pacjentek po przeżytym cięciu cesarskim,
3. alternatywnie można zastosować dwubalonowy cewnik ATAD.



INDUKCJA PORODU

OKSYTOCYNĄ – SCHEMAT ZGODNY Z
REKOMENDACJAMI POLSKIEGO TOWARZYSTWA
GINEKOLOGICZNEGO

5 IU OKSYTOCYNY w 500 ml PWE:

- dawka początkowa: 1mIU/min,
- czas po którym zwiększa się dawkę: 20-40 min,
- zwiększenie dawki: 1-5mIU/min,
- maksymalna dawka: 25mIU/min.

UWAGI:

- podawanie powinno być precyzyjne – rozważyć pompy infuzyjne,
- w trakcie podawania zaleca się [ciągły zapis KTG](#),
- p/wskazana do indukcji porodu po cięciu cesarskim,
- może być stosowana do stymulacji porodu u pacjentki po cięciu cesarskim,
- w przypadku pacjentek GBS (+) należy rozpocząć podawanie atb-ku,
- czas indukcji nie powinien przekroczyć 24 godzin.

MOŻLIWE POWIKŁANIE

HIPERSTYMULACJA MACICY (więcej niż 5 skurczów macicy w ciągu 10 minut)

Postępowanie:

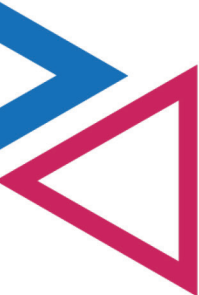
- gotowy preparat: Partusisten Interpartial w bolusie i.v.,
- Fenoterol: do 1ml dodać 9ml 0.9%NaCl i podać połowę w bolusie i.v

ALTERNATYWNY SPOSÓB
JEDNOZASOWEJ PREINDUKCJI I
INDUKCJI PORODU (w zależności od
możliwości ośrodka)

SYSTEM 200 ug mizoprostolu

- wkładka dopochwowa (Misodel) to jedyny zarejestrowany w Polsce system, stosowany w ciąży > 36 tygodnia ciąży,
- jednorazowe założenie wkładki na maksymalnie 24 godziny,
- szybkość uwalniania leku wynosi 7 µg/h,
- po 30 min od usunięcia możliwość włączenia oksytocyny,
- nie należy stosować u kobiet po przeżytym cięciu cesarskim,
- można stosować w razie pęknięcia błon płodowych (<48godz.) w terminie porodu.

Indukcja porodu – algorytm postępowania
prof. nadzw. dr hab. med. Hubert Huras

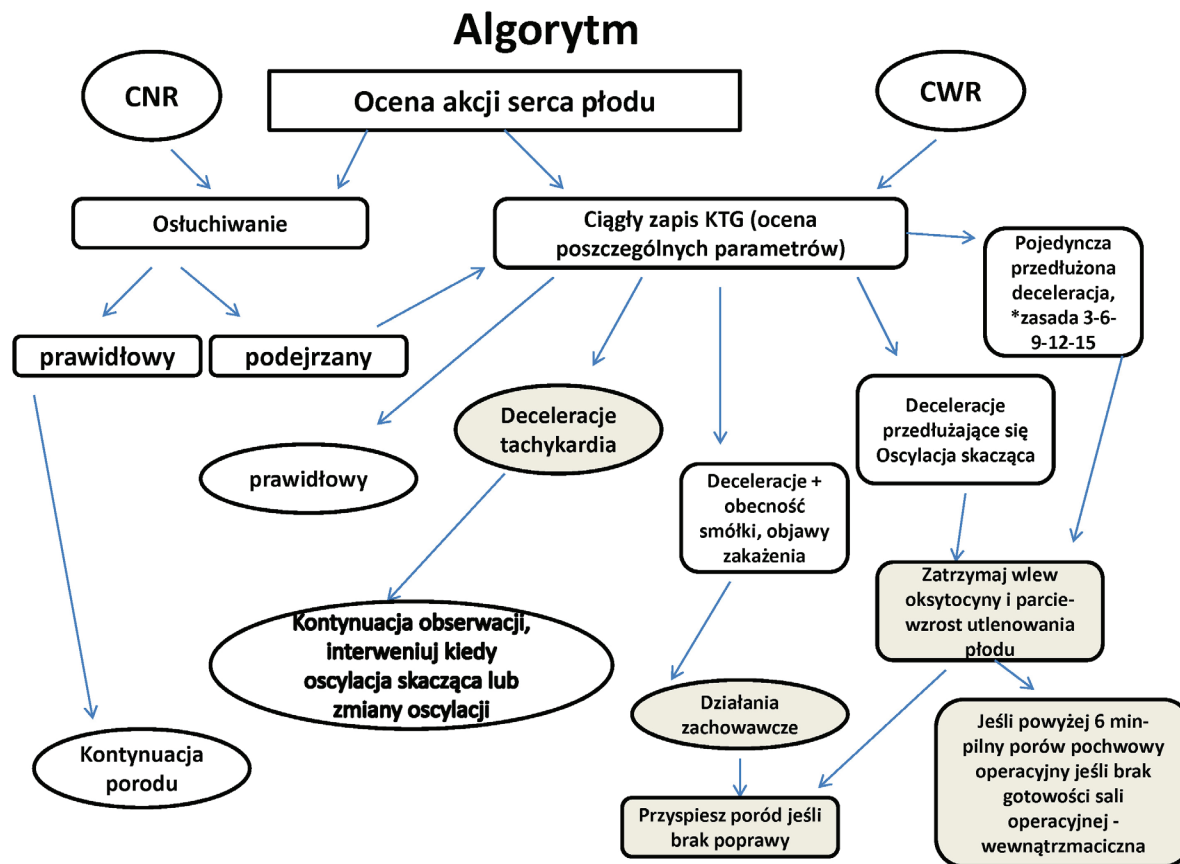


INDUKCJA PORODU U KOBIET W
STARSZYM WIEKU

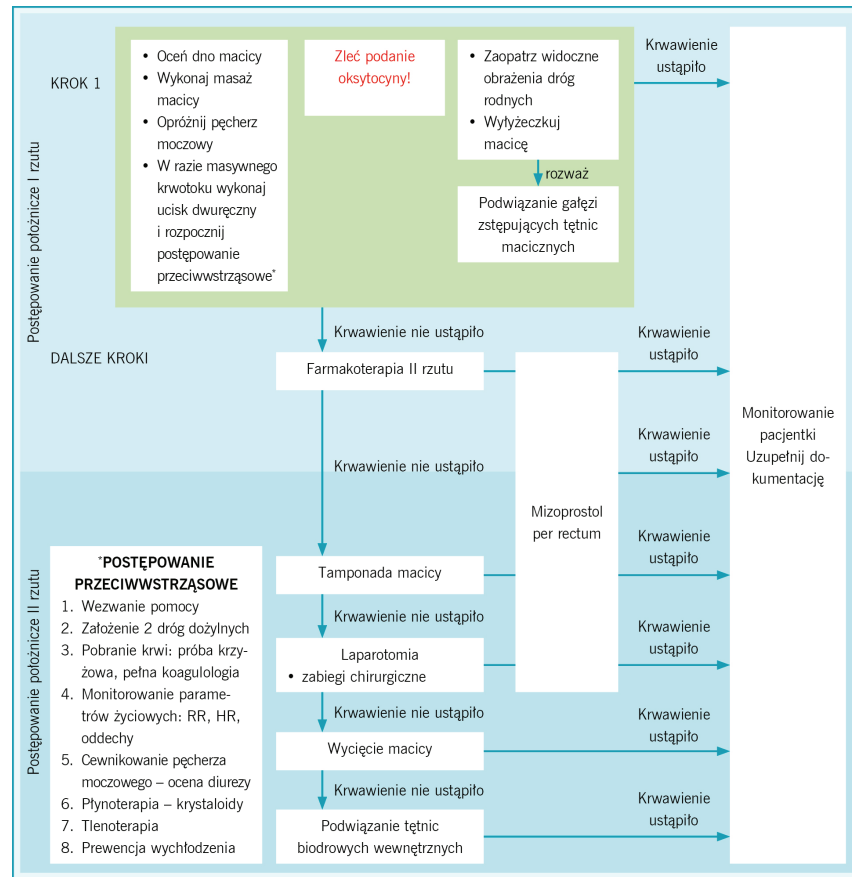
	Zgony wewnątrzmaciczne		
	Ryzyko bezwzględne w różnym wieku ciążowym		
Wiek matki (lata)	37. - 38. tc.	39. - 40. tc.	41. tc.
25-29	1/1639	1/1020	1/1333
30-34	1/1220	1/735	1/775
35-39	1/893	1/503	1/403

Ryzyko bezwzględne zgonu wewnątrzmacicznego pomiędzy 37. a 41. tygodniem ciąży w zależności od wieku

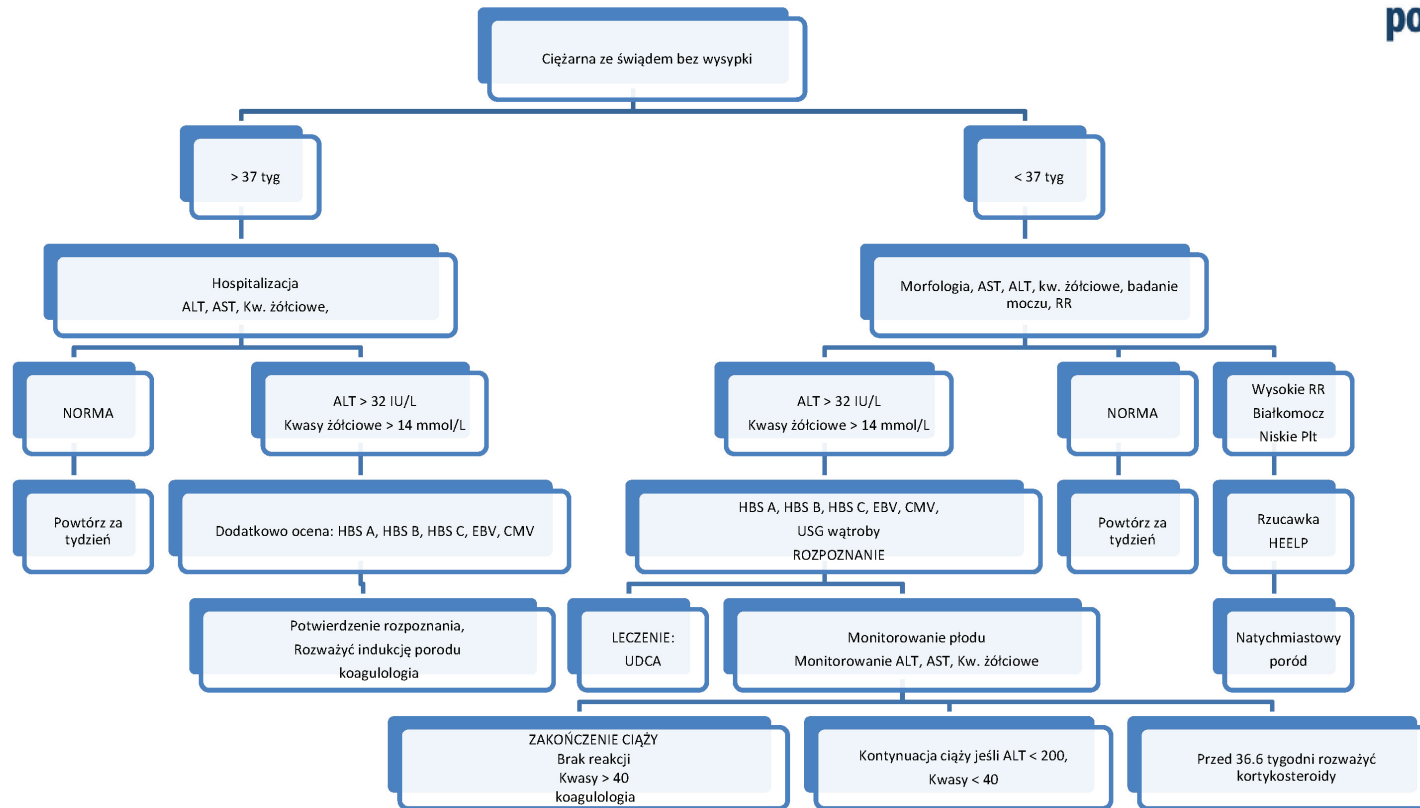
Z uwagi na ryzyko zgonu wewnątrzmacicznego u ciężarnych w starszym wieku, zaleca się aby ciążę u kobiet po 40. roku życia uznawać za biologicznie dojrzałą już po ukończeniu 39. tc. i rozważyć możliwość zakończenia ciąży.



Monitorowanie płodu w II okresie porodu – algorytm postępowania
dr Joanna Lutostawska-Walasek



Krwawienia w IV okresie porodu – algorytm postępowania
dr n. med. Marcin Baum



Algorytm postępowania w cholestazie wewnątrzwątrobowej ciężarnych
dr n. med. Agnieszka Pięta-Dolińska