

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Тромбогеморагічний синдром в акушерстві (І заняття) (код курсу 9.4)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

ДВЗ-синдром залишається найбільш небезпечним проявом захворювань, які призводять до летальних наслідків. В акушерській практиці тромбоембогічний синдром та його ускладнення стійко займають ведуче місце серед причин материнської смертності. Як правило, причиною його розвитку є масивні крововтрати, частота яких становить 8-11% від загальної кількості пологів

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
2. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
3. Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
4. Який патогенез ДВЗ- синдрому?
5. Яка клініка ДВЗ- синдрому?
6. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?
7. Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
8. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?

В результаті проведення заняття интерн повинен уміти:

1. Оцінити фактори ризику розвитку геморагічного шоку (за даними історії пологів).
2. Оцінити фактори ризику ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).
3. Оцінити ступінь тяжкості геморагічного шоку (за даними історії пологів).
4. Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).
5. Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).
6. Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів).
7. Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів).
8. Оцінити коагулограму.
9. Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.
2. Особливості васкуляризації вагітної матки.
3. Основні фази зсідання крові.
4. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій..

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Фізіологія кровообігу. Особливості васкуляризації вагітної матки	
Фізіологія	Основні фази зсідання крові. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові. Вплив вагітності та навколоплідних вод на систему згортання крові. Вплив крововтрати на життєво важливі функції організму матері і плода. Механізм регуляції гемодинаміки.	Визначати групу крові по системі АВО.
II. Наступні дисципліни Анестезіологія та реаніматологія	Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах. Оцінка об'єму крововтрати. Геморагічний шок.	Давати оцінку ступеню тяжкості геморагічного шоку
Гематологія	Зміни у різноманітних ланках гемокоагуляційного гомеостазу при розвитку ДВЗ синдрому	Давати оцінку гемостазіограми

V. Зміст теми семінарського заняття

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ КРОВІ В АКУШЕРСТВІ

Шифр МКХ-10 - D 65.

Дисеміноване внутрішньосудинне згортання (ДВЗ) крові – патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

1. Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

- емболія навколоплодовими водами;
- шок (геморагічний, анафілактичний, септичний);
- відшарування плаценти;
- прееклампсія тяжкого ступеня;
- еклампсія;
- сепсис;
- септичний аборт;
- синдром масивної гемотрасфузії;
- трансфузія несумісної крові;
- внутрішньоутробна смерть плода;

- позаматкова вагітність;
- операція кесарів розтин;
- екстрагенітальні захворювання вагітної (вади серця, злаякісні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки).

2. Класифікація ДВЗ –синдрому:

За клінічним перебігом:

- гострий;
- підгострий;
- хронічний;
- рецидивуючий.

За клінічними стадіями перебігу:

- I - гіперкоагуляція;
- II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу;
- III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;
- IV - повне незгортання крові.

3. Діагностика

Таблиця 1. Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому.

Стадії ДВЗ- синдрому	Клініко – лабораторні прояви
I – гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етаноловий тест (ЕТ) (+) Гіперагрегація тромбоцитів АРАСНЕ II < 20 балів ГРДС I - II стадії
II – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Кров із матки згортається уповільнено більше, ніж за 10 хв. Петехіальний тип кровоточивості Хронометрична гіперкоагуляція, згусток крихкий АРАСНЕ II 20 - 25 балів ГРДС II – IV стадія
III – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Кров із матки не згортається Кров із вени згортається досить повільно, згусток швидко лізується Змішаний тип кровоточивості Хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II 25 - 30 балів ГРДС II – IV стадія
IV – повне незгортання крові.	Тотальна геморагія Кров із матки та вени не згортається Відсутність потенціальної гіперкоагуляції Виражена хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II > 30 балів ГРДС III – IV стадія

I стадія – гіперкоагуляція

У залежності від клініки та тяжкості перебігу основного захворювання у цій стадії ДВЗ-синдрому можуть спостерігатися клінічні ознаки гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), починаючи від легких стадій і закінчуючи найтяжчими, при яких навіть застосуванням сучасних методів респіраторної підтримки не вдається забезпечити адекватний газообмін у легенях.

Наслідками гіперкоагуляції можуть бути:

- поява або прогресування фето-плацентарної недостатності;
- поглиблення тяжкості гестозу;

- зниження матково-плацентарного кровотоку, формування у плаценті зон інфаркту та підвищення вірогідності її відшарування;
- посилення анемії;
- розвиток дихальної недостатності за рахунок прогресування ГРДС;
- порушення гемодинаміки із розвитком симптомів централізації кровообігу;
- розвиток енцефалопатії.

Поява у крові активованих факторів тромбіну призводить до скорочення часу згортання (проба Лі-Уайта, активованого часу згортання крові (АЧЗК), активованого часткового тромбінового часу (АЧТЧ), тромбінового часу (ТЧ), активованого часу рекальцифікації (АЧР) (таблиця 2). **Виникнення кровотечі у цій стадії не пов'язане з порушеннями згортання крові.**

II стадія – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу

У залежності від основної нозологічної форми захворювання клінічна картина, яка характерна для цієї стадії, може бути достатньо різноманітною.

Характерно: петехіальний тип кровоточивості, відстрочена за часом кровоточивість з місць ін'єкцій, післяопераційної рани та матки, що обумовлено початковими розладами у системі гемокоагуляції.

У цій стадії кров згортається швидко, але згусток дуже крихкий за рахунок великої кількості у ньому продуктів деградації фібрину (ПДФ), які мають антикоагулянтні властивості.

III стадія – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу

У всіх хворих має місце петехіально-плямистий тип кровоточивості: екхімози, петехії на шкірі та слизових оболонках, кровотеча із місць ін'єкцій та утворення на їх місці гематом, тривала кровотеча із матки, післяопераційної рани, кровотеча в черевну порожнину та заочеревинний простір, що обумовлено порушеннями гемостазу. У результаті ішемії та порушення проникності капілярів стінок кишківника, шлунка розвивається шлунково-кишкова кровотеча. Кров, яка витікає, ще може утворювати згустки, але вони швидко лізуються.

З'являються ознаки синдрому поліорганної недостатності.

Розвивається тромбоцитопенія з тромбоцитопатією. Гіпокоагуляція виникає внаслідок блокування переходу фібриногену у фібрин великою кількістю продуктів деградації фібрину. Анемія пов'язана із внутрішньосудинним гемолізом.

IV стадія – повне незгортання крові.

Стан хворих вкрай тяжкий або термінальний за рахунок синдрому поліорганної недостатності: артеріальна гіпотензія, яка погано піддається корекції, критичні розлади дихання та газообміну, порушення свідомості до коматозного стану, оліго- або анурія на фоні масивної кровотечі.

Кровоточивість змішаного типу: профузна кровотеча із тканин, шлунково-кишкового тракту, трахеобронхіального дерева, макрогематурія.

4. Лабораторна діагностика.

Таблиця 2. Лабораторні критерії стадій ДВЗ-синдрому.

Стадії ДВЗ	Основні лабораторні показники						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів* 10 ⁹ /л	Протромбіновий час, с	Тромбіновий час, с	Фібриноген, г/л
I.	< 5 хв.	немає	< 30 с	175 - 425	< 10 с.	< 24 с.	> 5 г/л
II.	5 - 12хв.	немає	< 30 с	100 - 150	12 – 15 с	> 60 с.	1,5 – 3,0 г/л
III.	> 12 хв.	швидкий	60 – 80 с	50 - 100	15 – 18 с	> 100 с.	0,5 – 1,5 г/л
IV.	> 60хв.	згусток не утворюється	> 80 с	< 50	> 18 с.	> 180 с.	Не визначається або сліди
Норма	6 – 9 хв.	немає	30 – 40 с	150 – 300	11 – 12 с	16 – 20 с	2,0 – 4,5 г/л

Час згортання крові за Лі-Уайтом. У конічну суху пробірку набирають 1 мл крові і спостерігають за часом її згортання при температурі 37° С (С).

Активований час згортання крові (АЧЗК). У пробірку з 12 – 16 мг коаліну вноситься 2 мл крові. В нормі АЧЗК становить 2 – 2,5 хв. Тест свідчить про гіпер- або гіпокоагуляційні зрушення і застосовується для контролю проведення гепаринотерапії (С).

Активований частковий тромбіновий час (АЧТЧ) (норма 25 – 40 с) – визначає дефіцит факторів внутрішнього механізму згортання, таких як XII, XI, IX, VIII, а також присутність у крові їх інгібітору (гепарину). У цих випадках спостерігається збільшення АЧТЧ. Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію (В).

Тромбіновий час (ТЧ) (норма 16 – 20 с.) – характеризує швидкість переходу фібриногену у фібрин. Збільшення ТЧ може бути обумовлено гіпофібриногенемією, дисфібронегенемією, підвищеним вмістом у плазмі ПДФ або присутністю прямих антикоагулянтів (В).

Протромбіновий час (ПТЧ) (норма 11–12 с.) визначає активність або дефіцит факторів протромбінового комплексу (V, VII, X, II) зовнішнього механізму коагуляції. Подовження протромбінового часу при нормальному тромбіновому часу вказує на пригнічення зовнішнього механізму згортання крові, тобто дефіцит V і II факторів (В).

Вміст фібриногену в плазмі (норма 2,0 – 4,5 г/л). Зниження фібриногену спостерігається при прогресуванні ДВЗ-синдрому, лікуванні фібринолітичними препаратами, або вродженій гіпо- і дисфібриногенемії (В).

Продукти деградації фібрину (норма менше 20 нг/л). Їх підвищення свідчить про прогресування внутрішньосудинного згортання і активацію фібринолізу (В).

Кількість тромбоцитів (норма 150 – 300 тис.* 10⁹ /л). Зменшення їх вмісту свідчить про виснаження тромбоцитарної ланки гемостазу і розвиток коагулопатії споживання (В).

5. Профілактика ДВЗ - синдрому.

Своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності – похідним гідроксиетилкрохмалю (С). Не застосовують реополіглюкин та 5% альбумін (В).

Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат, епсилон-амінокапронова кислота та ін.) (С).

Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкин, дипіридабол, напівсинтетичні пеніциліни) (С).

За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі строки. При продовженні кровотечі – перев'язка внутрішньої клубової артерії.

6. Лікування.

1. Лікування основного захворювання, що спричинило розвиток ДВЗ-синдрому (хірургічне втручання, медикаментозна та інфузійна терапія).

2. Внутрішньовенне струминне введення 700 – 1000 мл підігрітої до 37° С свіжозамороженої плазми, яка містить антитромбін III. Якщо кровотеча не зупиняється – необхідно додаткове введення 1000 мл свіжозамороженої плазми. У наступну другу – третю добу свіжозаморожену плазму використовують у дозі 400 – 600 мл/добу (С). За можливості - введення антитромбіну III у дозі 100 ОД/кг кожні 3 години (В).

3. Враховуючи швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції, відсутності можливості (у більшості випадків по причинах ургентної ситуації) чіткої лабораторної діагностики стадії ДВЗ-синдрому **від рутинного застосування гепарину слід відмовитися** (С).

4. Починаючи з II стадії показано введення **інгібіторів протеолізу.** Контрикал (або інші препарати у еквівалентних дозах) вводять у залежності від стадії ДВЗ-синдрому (див. табл. 3) шляхом краплинної внутрішньовенної інфузії за 1 – 2 години (С).

Таблиця 3. Рекомендовані дози інгібіторів протеолізу у залежності від фази ДВЗ-синдрому.

Препарати	Фази ДВЗ			
	I	II	III	IV
Тразилол, Од	-	50000 - 100000	100000 - 300000	300000 – 500000
Контрикал, Од	-	20000 - 60000	60000 - 100000	100000 – 300000
Гордокс, Од	-	200000 - 600000	600000 - 1000000	1000000 - 4000000

5. **Відновлення факторів згортання крові** шляхом введення кріопреципітату плазми (200 Од – II стадія, 400 Од – III стадія, 600 Од – IV стадія) (рівень С). За можливості, рекомендовано внутрішньовенне введення чоловічого рекомбінантного VIIa фактора (новосевен) – 60 – 90 мкг/кг (1 – 2 дози) (В).

6. **Тромбоконцентрат** використовують у разі зниження тромбоцитів менше $50 \cdot 10^9$ /л. Дозу тромбоконцентрату обирають у залежності від клінічної ситуації (В).

7. **Місцева зупинка кровотечі** із раньової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними методами та способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних засобів.

8. Лікування синдрому поліорганної недостатності.

У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі ($Hb < 60$ г/л, $Ht < 0,25$ л/л), тільки за життєвих показань у відповідності до рішенням консилиуму, згоди хворої або її родичів (за наявності умови) та у разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі і на станції (пункті) переливання крові, можливо введення теплої донорської крові у половинній дозі від обсягу крововтрати (С).

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. 1. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»? 2. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому? 3. Яка класифікація ДВЗ- синдрому? 4. Який патогенез ДВЗ- синдрому? 5. Яка клініка ДВЗ- синдрому? 6. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії? 7. Яка діагностика ДВЗ- синдрому? 8. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	Заключний етап		10 хв.
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологовий блок, післяпологове відділення.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
2. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
3. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Степанян М.Л. и др. Тромбофилии в акушерской практике. – Спб.: Издательство Н-Л, 2005. – 46 с.
4. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. – 29 с.
5. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
6. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Триумф, 2010. –232 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 720 с.
8. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
10. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцовский, Т.П.гарник и др. – К.: Маком, 2003.
11. 11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві).
12. В.М.Сидельникова, П.А.Кирющенко Гемостаз и беременность. – М., „Триада-Х”, 2004.
13. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых ДО.С.Зайнулина и др.Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.

Питання

1. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
2. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
3. Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
4. Який патогенез ДВЗ- синдрому?
5. Яка клініка ДВЗ- синдрому?
6. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?

7. Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
8. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?
9. Які методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

10. Оцінити фактори ризику розвитку геморагічного шоку (за даними історії пологів).
11. Оцінити фактори ризику ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).
12. Оцінити ступінь тяжкості геморагічного шоку (за даними історії пологів).
13. Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).
14. Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).
15. Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів).
16. Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів).
17. Оцінити коагулограму.
18. Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).

Тестові завдання

1.

Жінці, 22 років, що оперована з приводу позаматкової вагітності з замісною метою в післяопераційному періоді периливалася еритроцитарна маса. Під час проведення гемотрансфузії в неї виникла різка слабкість, запоморочення, пропасниця, сильний біль за грудиною та в поперековій ділянці, одноразова блювота. Тахікардія до 110 за 1 хв. АТ знизився до 80/60 мм.рт.ст. Яке ймовірне ускладнення має місце?

- A** *Гемотрансфузійний шок
- B** Анафілактичний шок
- C** Гостра серцево-судинна недостатність
- D** Гостра ниркова недостатність
- E** Цитратний шок

2.

В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 3 годин. Остання менструація 3 місяці тому. При вагінальному дослідженні виявлено: тіло матки відповідає 10 тижням вагітності, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, виділення кров'яністі незначні. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A** Міхуровий занесок.
- B** Викидень, що не відбувся.
- C** Викидень, що розпочався.
- D** Загроза самовільного викидня.
- E** Неповний викидень.

3.

У гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги доставлена повторновагітна К. в терміні вагітності 8 тиж., 22р., зі скаргами на сильний переймоподібний біль низом черева та кров'яністі виділення із статевих шляхів, що з'явилися протягом 2 годин. З анамнезу: І-ша вагітність закінчилася мимовільним викиднем в 5-6 тиж., болі низом черева турбують кілька днів. Дані гінекологічного обстеження: шийка матки по центру, вкорочена до 1 см., зовнішнє вічко дещо відкрите, виділення кров'яністі значні. Попередній діагноз?

- A** Викидень, що розпочався
- B** Загроза мимовільного викидня.

- C** Викидень в ходу.
- D** Повний викидень
- E** Викидень, що не відбувся.

4.

На прийом до лікаря ЖК звернулася жінка зі скаргами на приступоподібний біль низом черева з іррадіацією в пряму кишку, що супроводжувався головокружінням. Затримка місячних 14 днів. Об'єктивно: блідість шкірних покривів і слизових оболонок, холодний піт, помірна тахікардія, АТ – 100/50 мм.рт.ст. Живіт напружений, болючий при пальпації справа. При вагінальному дослідженні: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки, матка дещо збільшена в розмірах, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів. Додатки зліва без особливостей, справа: пальпується болюче без чітких контурів утворення. При зміщенні матки до лона відмічається різкий біль. Який попередній діагноз?

- A** Позаматкова вагітність
- B** Правобічний аднексит, стадія загострення
- C** Апоплексія яєчника.
- D** Викидень, що розпочався.
- E** Апендицит.

5.

Породілля, 29 років, треті пологи за останні три роки. Маса дитини при народженні 4800. Стан жінки після народження дитини і посліду різко погіршується, нарастають симптоми геморагічного шоку, не дивлячись на введення скоротливих середників, хороше скорочення матки і відсутність травми шийки матки і піхви. Яка можлива причина кровотечі?

- A** * Розрив матки
- B** Атонія матки
- C** Затримка додаткової дольки плаценти
- D** Коагулопатія
- E** Пошкодження шийки матки

6.

Жінка 28 років звернулася до лікаря зі скаргами з приводу гострого болю в лівій здухвинній ділянці, відмічає затримку місячних до 2-х тижнів. Тест на ХГ позитивний. По даним УЗД плідного яйця в порожнині матки не виявляється. При вагінальному дослідженні зліва визначається пухлиноподібний утвір розмірами 3x4 см., задне склепіння нависає, болюче. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** * Позаматкова вагітність
- B** Апоплексія яйників
- C** Загрозливий викидень
- D** Перекрут кисти яйника
- E** Міхурцевий занесок

7.

Вагітна 28 років, термін вагітності 39-40 тижнів, доставлена медичною швидкою допомогою в пологовий будинок зі скаргами на значні кров'яністі виділення з піхви, які з'явилися в вечірній час на фоні загального спокою. Зі слів крововтрата 250-300 мл. Об'єктивно: шкірні покриви і слизові бліді. АТ 90/60 мм рт.ст., пульс 98 уд/хв, ритмічний, нитковидний. Родова діяльність відсутня. Тіло матки в стані нормотонусу. Положення плоду поперечне, серцебиття глухе, 98 уд/хв, ритмічне, над лоном вислуховується шум плацентарних судин. Де необхідно проводити вагінальне акушерське дослідження?

- A* * При розгорнутій операційній
- B* На приймальному покої
- C* В родзалі
- D* В маніпуляційній
- E* В операційній

8.

Роділля в послідовому періоді, який триває більше 30 хв, ознак відділення посліду немає. Кровотеча з піхви відсутня. Які дії лікаря?

- A* * Ручне відділення і видалення посліду
- B* Спостереження
- C* Примінення методів Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича
- D* Введення скоротливих середників
- E* Зовнішній масаж матки

9.

До акушерського стаціонару поступила вагітна в терміні 36 тижнів вагітності.

Хворіє на хронічну артеріальну гіпертонію. Скарги на головний біль, ниючі болі внизу живота, кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Об'єктивно: АТ-180/100, матка в гіпертонусі, з піхви виділилось до 300 мл темної крові. Серцебиття плоду не вислуховується. Який імовірний діагноз?

- A* * Передчасне відшарування плаценти
- B* Передлежання плаценти
- C* Загроза передчасних пологів
- D* Розрив матки
- E* Емболія навколоплідними водами

10.

У родильниці 27 років, відбулися перші термінові пологи крупним плодом. Послід виділився цілий. Через 20 хвилин з полових шляхів виділилось 300 мл крові із сгустками. Матка тестоватой консистенції. При зовнішньому масажі матки виділилось ще 200 мл крові. Яка лікувальна тактика?

- A* * Ручне обстеження порожнини матки.
- B* Кюретаж порожнини матки.
- C* Холод на низ живота.
- D* Екстирпація матки.
- E* Надпівхова ампутація матки.

11.

В пологовий будинок доставлена вагітна 20 років із скаргами на болі внизу живота, кров'яністі виділення із статевих шляхів. Термін вагітності 36 тижнів. Стан середньої важкості. АТ 120/80 мм.рт.ст. Серцебиття плоду 140 уд. сек., ритмічне. При проведенні вагінального дослідження, шийка матки сформована, зів закритий. Виділення з вагіни кров'яністі, яскраві, до 200 мл. Головка плода високо над входом в малий таз. Через передне склепіння піхви визначається тестуватість. Який імовірний діагноз?

- A* * Передлежання плацента
- B* Передчасне відшарування плаценти
- C* Розрив матки
- D* Загроза передчасних пологів
- E* Аборт в ходу

Ситуаційні задачі :

Задача 1. У породіллі Н. у ранньому післяпологовому періоді виникла гіпотонічна кровотеча у

кількості 30% ОЦК, яка зупинена консервативними методами. Стан жінки важкий: АТ 90/70 мм рт. ст., пульс 120 у 1 хв, блідість, холодний піт, олігоурія.

Діагноз? Що робити?

Задача 2. Через 30 хвилин після пологів діагностовано гіпотонічну кровоточу. Загальний стан породіллі важкий. Виражена блідість шкірних покривів, акроціаноз, ступор, занепокоєння, глухість серцевих тонів, задишка. Пульс – 130 уд./хв, АТ 80/40 мм рт ст. Крововтрата 1600 мл. Діагноз? Який інфузійний розчин ефективний при всіх стадіях синдрому ДВЗ?

Правильні відповіді:

1. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Геморагічний шок II ступеню.

Тактика: Інфузійно-трансфузійна терапія. Ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки.

2. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Геморагічний шок III ступеню, ДВЗ-синдром II стадія.

Тактика: Свіжозаморожена плазма.

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська

10.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол №8 від 03.02.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__ р.