

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

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРУ
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Кровотечі в пологах, ранньому та післяпологовому періоді (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 7.4)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість робочих години – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах під час пологів.
9. Діагностика і допомога при пізніх післяпологових кровотечах

Завдяки проведеному заняттю інтерн повинен вміти:

1. Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку кровотечі
2. Оцінити результати УЗД.
3. Провести оцінку функціонального стану плода
4. Визначити тактику ведення роділлі при післяпологовій кровотечі.
5. Визначити термін і тактику розродження при передлежанні плаценти.
6. Визначити терміни та метод проведення профілактики післяпологових кровотеч.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Запліднення та розвиток плідного яйця.	
2. Фізіологія	Механізм згортання крові	Визначити час кровотечі, Інтерпретувати коагулограму
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку синдрому дихальних розладів.	Давати оцінку динаміці розвитку СДР синдрому новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки у передчасно народжених немовлят.	

V. Зміст теми семінарського заняття

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у I – II періодах пологів що призводить до кровотечі. Кровотеча може бути зовнішньою (вагінальна кровотеча) та внутрішньою (формування ретро-плацентарної гематоми). Частота 1-2% від всіх вагітностей.

Класифікація

(в залежності від ступеня відшарування плаценти)

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
2. Часткове відшарування:
 - крайове;
 - центральне.

Фактори ризику ПВНРП

- ПВНРП в попередній вагітності.
- Преєклампія.
- Полігідрамніон.
- Багатонароджуючі.
- Багатопліддя.
- Вік матері більше 40 років.
- Травма живота (падіння, ДТП, домашнє насильство).
- Куріння матері.
- Хімічна залежність (застосування наркотиків).
- Тривалий передчасний розрив плодових оболонок (внутрішньоматкова інфекція).
- Вади розвитку матки.
- Коротка пуповина.
- Швидка зміна маточного об'єму (передчасне відходження навколоплодних вод, народження першої дитини з двійні).
- Материнська тромбофілія.

Диференційна діагностика передлежання плаценти та ПВНРП

ПВНРП	Передлежання плаценти
Може бути пов'язана з гіпертензивними станами, переростяжінням матки, травмою Живота	Наявна причина відсутня
Біль в животі та/або попереку, часто інтенсивна	Біль відсутня (за виключенням ситуації, коли жінка знаходиться у пологах)
Матка болісна, чутлива при пальпації	Матка безболісна при пальпації
Тонус матки підвищений (гіпертонус)	Матка в нормотонусі
Як правило, поздовжнє положення Плоду	Часто неправильне положення плоду та/або високе розташування передлеглої частини
Сердцебиття плоду може порушуватись або бути відсутнім	Сердцебиття плоду, як правило, не порушене
Шок та анемія непропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Можлива коагулопатія	Шок та анемія пропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Початкова коагулопатія нетипова
УЗД не є методом діагностики відшарування плаценти	Трансвагінальне УЗД є точним методом діагностики передлежання плаценти

Допомога при відшаруванні плаценти у II періоді пологів - водночас з

проведенням реанімаційних заходів:

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плоду – завершення пологів шляхом накладання вакуум-екстрактора або акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні – терміновий кесарів розтин;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконують акушерський поворот з екстракцією плоду;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові;
- утеротонічні засоби (окситоцин 10 ОД (на 500 мл фізіологічного розчину) в/в крапельно, 60 крапель/хв, ергометрин 0,5 мг, мізопростолу (800 мкг ректально), в разі наявності - карбетоцин 100 мкг в/в струминно);
- ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.
- Якщо пацієнтка перенесла травму живота після 20 тижнів вагітності рекомендовано спостереження за нею протягом 4 годин після травми. При наявності кровотечі, скорочень матки (частіше ніж 1 скорочення за 10 хвилин) – тривалість спостереження продовжується, так як в 20% таких випадків спостерігається ПВНРП.
- Під час кесарева розтину в зв'язку з ПВНРП обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії. В разі наявних ознак матки Кувелера з атонією матки під час кесарського розтину – екстирпація матки без додатків з матковими трубами. У разі невеликої площі апоплексії – 2-3 вогнища малого діаметру (1-2 см або одне – до 3 см), здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому; при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консиліум чергових лікарів вирішує питання про збереження матки (повідомлення адміністрації рододопомічного закладу).
- Органозберігаючі операції в разі часткової матково-плацентарної апоплексії.
- Доцільним в даному випадку є застосування Карбетоцину (100 мкг в/в струминно) для профілактики атонії матки.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин.
- У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі. Допомога після розродження
 - Спостереження та лікування в відділенні інтенсивної терапії.
 - Лікування синдрому поліорганної недостатності (за потреби).

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

Причини:

- патологія прикріплення плаценти (pl. accreta, increta, percreta);
- патологія виділення плаценти - защемлення плаценти.

Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти: повного чи часткового; істинного або хибного прирощення або пророщення плаценти або від затримки плаценти, що відокремилась у порожнині матки.

Клінічні прояви:

- Кровотеча, що розпочинається після народження дитини, або до народження посліду.
- Відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хвилин в разі АВТПІ та очікуваної тактики ведення ІІІ періоду пологів може свідчити про патологію прикріплення плаценти. Але при появі кровотечі в разі АВТПІ та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин необхідно термінове видалення посліду.

Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Перевірка ознак відшарування плаценти.

2. При наявності ознак відшарування плаценти – застосування контрольованої тракції для народження плаценти.

3. В разі невдачі народження плаценти, шляхом контрольованої тракції внаслідок защемлення плаценти або відриву пуповини - ручне відділення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним знеболенням;

4. За відсутності кровотечі в разі порушення механізму відокремлення плаценти – невдала спроба ручного відокремлення плаценти під внутрішньовенним наркозом та встановлення діагнозу істинного прирощення плаценти. Не намагайтесь відривати частини плаценти – це може призвести до масивної неконтрольованої кровотечі за рахунок травми матки!

5. За умови неможливості відокремлення плаценти звичайними прийомами під час ручного обстеження порожнини матки та діагностування істинного прирощення або пророщення плаценти (pl. accreta/increta/percreta) повного або часткового – негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Післяпологова кровотеча

Шифр МКХ-10 - О 72

Післяпологова кровотеча(ППК) – кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

Фактори, які підвищують ризик ППК представлені в таблиці 2 даного протоколу.

Види післяпологових кровотеч:

- Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів. Приблизно 70% ранніх ППК пов'язані з атонією матки. Атонія матки – це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.
- Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

Доказові методи профілактики ППК

АВТПП – зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення ППК (А) Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в III періоді пологів у всіх роділь зменшує ризик розвитку ППК на 60% (А).

Роділлям, які народили через природні родові шляхи, без факторів ризику ППК, окситоцин (10 МО внутрішньом'язево) є утеротонічним препаратом вибору для профілактики ППК в III періоді пологів (А).

Карбетоцин на даний час не рекомендують для рутинного призначення в зв'язку високою ціною.

У разі розродження шляхом кесарева розтину внутрішньовенне введення 10 МО окситоцину (шляхом повільної внутрішньовенної інфузії) необхідне з утеротонічною метою та для зменшення об'єму крововтрати (С). Для жінок з важкими кардіо-васкулярними захворюваннями введення окситоцину шляхом повільної інфузії низьких доз є більш безпечним, ніж болюсне введення.

Синтометрин може застосовуватись в разі відсутності гіпертензивних порушень (наприклад, у випадках низьких показників гемоглобіну в антенатальному періоді), тому що він зменшує ризик невеликих кровотеч (500-1000 мл), але його призначення підвищує ризик блювання (С).

Мізопростол є менш ефективним ніж окситоцин, але може використовуватися в разі відсутності окситоцину (при народженні вдома) (А).

Усім жінкам з кесаревим розтином в анамнезі необхідно провести перед розродженням ультразвукове дослідження з метою встановлення локалізації плаценти. У разі наявності обладнання магнітно-резонансна томографія та сучасні ультразвукові технології можуть допомогти у встановленні діагнозу вощення плаценти

(placenta accreta/percreta). (С)

Жінки з підозрою на placenta accreta/percreta мають дуже високий ризик розвитку масивної ППК. Якщо placenta accreta/percreta діагностовано антенатально, необхідно розробити план розродження мультидисциплінарно (акушер-гінеколог, анестезіолог, трансфузіолог), а в разі наявної екстрагенітальної патології – профільних фахівців. Необхідно підготувати достатню кількість одногрупної крові, свіжозамороженої плазми, тромбоцитів. Час та місце розродження мають бути обрані з урахуванням наявності та готовності персоналу та апаратури до проведення інтенсивної терапії. (С)

Наявні докази щодо профілактичної оклюзії або емболізації гіпогастральних артерій в наданні допомоги жінкам з placenta accreta/percreta сумнівні. Результати щодо профілактичної оклюзії артерій потребують на подальшу оцінку. (В)

Покровава допомога в разі ППК (див. алгоритм)

1. **Визначення об'єму крововтрати** (об'єм крововтрати завжди недооцінюється, особливо у випадку хвилеподібної кровотечі невеликими порціями та в разі кровотрати за рахунок розривів пологових шляхів). В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.
2. **Покликати на допомогу** (заручитися підримкою персоналу). В кожному ЗОЗ має бути локальний протокол, який визначає дії кожного члена команди в разі ургентного стану «Післяпологова кровотеча».
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної **підтримки**, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.
4. **АВС – діагностика**
 - Оцінка стану дихальних шляхів (А) та дихання (В) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію)

У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях починати серцево-легеневу-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де С. Штучна підтримка кровообігу

-непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця-ШВЛ: = 30:2 А Відновлення прохідності дихальних шляхів

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів

- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота

-повітровод, ларингомаска, інкубація трахеї -

трахеостомія, крикоконікотомія В. Штучна вентиляція легень

- методом: «рот до рота», мішком Амбу, респіратором

- екстрена оксигенація 100% киснем

- Оцінка циркуляції (С)- АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо-респіраторну реанімацію).

- Правило 3-ох катетерів:

- забезпечення киснем (10-15 л/хв)
- катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (G16-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризація центральної вени
- катетеризація сечового міхура;

- Положення – на спині з піднятими нижніми кінцівками.

- Забезпечення зігрівання жінки.

- Терміново розпочати інфузійну терапії, яку проводити згідно таблиці 3. із клінічного протоколу «Геморагічний шок в акушерстві»

- Тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти, не пневматичні противошокові штанці.
- Клініко-лабораторне обстеження: група крові і Rh-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
- Замовлення препаратів крові.

5. **Встановлення причини кровотечі** (застосовуйте підхід 4 Т для визначення механізму розвитку кровотечі. Більш ніж один патогенетичний механізм може обумовлювати розвиток ППК!).

Оцінка тону мати

Якщо має місце порушення тону мати:

- враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія мати – розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину).
- провести зовнішній масаж мати, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась - ручне обстеження порожнини мати під внутрішньовенним знеболенням, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), в разі продовження кровотечі –
- бімануальний компресія мати або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась - в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності), якщо кровотеча продовжується- при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла - лапаротомія (застосування органозберігаючих технологій – перевязування магістральних судин (покрокова часткова деваскуляризація мати), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (за наявності спеціаліста, який володіє методикою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів), гістеректомія без додатків мати.

Якщо матка не визначається, або має неправильну форму, або спострігається за межами піхви

- діагностуйте виворіт мати. В разі вивороту мати – поверніть матку в нормальне положення. Не застосовуйте утеротоніки та не намагайтесь видалити плаценту до відновлення положення мати. Застосовують внутрішньовенне знеболювання (при можливості) або наркотичні анальгетики (продлонгація з репозицією неприпустима!).
- В разі вдачі – ручне відділення та виділення плаценти, призначення утеротоніків, профілактична антибіотикотерапія.
- В разі невдачі - гістеректомія.

Якщо матка щільна - виключити травму:

- ручне обстеження порожнини мати з метою виключення розриву мати (особливо в разі відсутності реакції на струминне в/в введення розчинів). В разі розриву мати – негайна лапаротомія.
- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка мати). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності).

У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові

У разі виключення травм (включаючи розрив мати) – оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). У разі коагулопатії – алгоритм дій при синдромі ДВЗ (усунення фактору, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, в критичному стані – переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомленням адміністрації ЗОЗ).

6. **Постійний контроль стану** породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

7. **Призначення профілактичної антибіотикотерапії** препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності – терапія антибіотиками.

8. **Спостереження** у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс – до 90/хвилину).

- контроль стану матки (в разі збереження); - оцінка крововтрати;

- оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості):

- забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану – рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами. Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (переклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

- контроль виділення сечі;

- контроль ускладнень гемотрансфузії;

- документування стану жінки та терапії, що проводиться;

контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза в разі необхідності.

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча Основні причини пізніх післяпологових кровотеч:

- затримка частин посліду;

- гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду;

- не діагностовані своєчасно гематоми піхви;

- розходження швів та рани матки (після кесаревого розтину або розриву матки).

- причини, не пов'язані з вагітністю та пологами (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.).

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. **Визначення об'єму крововтрати**

2. **Покликати на допомогу** (заручитися підтримкою персоналу).

3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної **підтримки**, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. **АВС реанімація** (дивись вище) незалежно від причини кровотечі!

5.3 метою **встановлення діагнозу** – огляд пологових шляхів.

6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду – мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл. фізіологічного розчину). Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія.

7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту – негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорины 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки – МВА має проводитися тільки за життєвими показаннями та тільки після введення антибіотиків.

8. В разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) – антибіотикотерапія. При відсутності загрожуючої життю кровотечі, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів.

9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати на негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (залучення судинного хірурга).

10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

Компресія черевної аорти

• застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;

• точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;

в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;

- другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії; **Бімануальна компресія матки.** Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона як це показано на малюнку. Така бімануальна компресія запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тону мати і дає можливість значно зменшити крововтрату. Окрім того, вона дозволяє видалити сгортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

- якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.

Балонна тампонада матки. Спеціальний балон або гумова перчатка прикріплена до урологічного катетеру вводяться в порожнину матки за допомогою вікончатого затискача (за межі внутрішнього вічка). За допомогою шприца балон (перчатка) заповнюється стерильним фізіологічним розчином в кількості 300-500 мл для забезпечення контр-тиску з метою припинення кровотечі. Інфузія окситоцину продовжується 24 години. В разі продовження кровотечі – додатково вводиться розчин в балон. В разі, якщо кровотеча зупинилась и жінка скаржиться на біль – виводять 50-100 мл розчину. Призначають антибіотик. Балон залишають на 24 години. Потім поступово виводять розчин протягом 2 годин, після чого видаляють балон. В разі відновлення кровотечі під час дефляції балону – його знову наповнюють розчином та залишають на наступні 24 години.

Повний балон забезпечує ефект тампонади. Успіх оцінюють за зменшенням крововтрати з шийки матки. Показаний моніторний контроль за життєвими функціями організму. Продовження введення окситоцину є необхідним, щоб утримувати матку скороченою. Середня тривалість використання такого способу тампонади 24 год. Поступове зменшення об'єму балону забезпечує зменшення ризику відновлення кровотечі. Ефективність балонної тампонади – 77.5 – 88.8%, тобто в більшості випадків цей метод дозволяє запобігти подальшого хірургічного лікування. В разі продовження кровотечі після тампонади – уважно переоцініть наявність травм, або інших причин не пов'язаних з атонією матки.

Хірургічний гемостаз

Згідно сучасної концепції боротьби з післяпологовими кровотечами та рекомендацій ВООЗ, впровадження іноваційних технологій комплексного підходу до терапії післяпологових/інтраопераційних кровотеч пріоритетним має бути виконання органозберігаючих методів хірургічного гемостазу, особливо в разі виникнення атонічної кровотечі.

Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо спинення масивної акушерської кровотечі (МАК) з виконанням поетапної часткової деваскуляризації матки, що мають чіткі показання. **Необхідно**

відмітити, що видалення матки з метою зупинення кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів та продовження кровотечі або в разі діагностування істинного

прирощення плаценти. В цілому розрізняють наступні методи хірургічного гемостазу МАК:

I. Двостороннє перев'язування маткових судин. II.

Двостороннє перев'язування яєчникових судин.

III. Накладання компресійних швів на матку.

IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.

V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).

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.	<p>Організаційні заходи.</p> <p>Визначення актуальності теми.</p> <p>Визначення навчальних цілей.</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації.</p> <p>Організаційні заходи.</p> <p>Визначення актуальності теми.</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.</p>	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 2. Визначення поняття «акушерські кровотечі». 3. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів. 4. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах. 5. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування. 6. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування. 7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі. 	<p>Проблемний семінар.</p> <p>Мультимедійний супровід.</p>	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару. 	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	10 хв.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палати гінекологічного відділення, ВПВ, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок з різними формами гінекологічної патології, історії хвороби, необхідні аналізи, таблиці тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
2. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
3. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
4. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
5. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
8. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
9. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
10. Жук С.И., Чечуга С.Б., Лобастова Т.В. Современные аспекты патогенеза , диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. - №2. – С. 57-61.
11. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

Питання

1. У жінки з 3 вагітністю 38-39 тижнів, в пологах з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздовжнє, передлегла голівка притиснена до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140/хв. Шийка матки вкорочена до 0,5 см, цервікальний канал розкритий на 3 см, за вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Крововтрата складає 300 мл. Яка лікарська тактика?
 - A** * Провести операцію кесаревого розтину.
 - B** Провести амніотомію.
 - C** Розпочати довенне введення окситоцину.
 - D** Ввести кровозупинні препарати.
 - E** Ввести спазмолітики

2. У породіллі віком 25 років у III період пологів самостійно відокремився та виділився послід із ділянкою дефекту плацентарної тканини. Гемодинаміка породіллі стабільна. З пологових шляхів помірна кровотеча. При огляді пологових шляхів ушкоджень не виявлено. Тактика лікаря?
 - A** * Ручна ревізія матки з наступним введенням утеротоніків.
 - B** Внутрішньовенне введення утеротоніків.
 - C** Введення в задній звід піхви тампона з ефіром.
 - D** Накладення клем на параметрій.
 - E** Гемотранфузія.

3. У породіллі К., через 3 години після перших нормальних пологів з статевих шляхів відбулося виділення до 150 мл крові зі згустками. Матка тістуватої консистенції.

Під час зовнішнього масажу матки відбулося виділення ще 200 мл крові. Ваш діагноз?

A * Пізня післяпологова кровотеча

B Розрив шийки матки

C Дефект часточки плаценти

D Рання післяпологова кровотеча

E Нормальне скорочення матки

4. 25-ти річна первовагітна жінка в 42 тижні гестації народила 4-х кг. дитину після індукції пологів окситоцином. Перший і другий періоди пологів тривали 14 і 3 години (згідно партограми). Було зроблено перінеотомію, плацента при огляді – ціла. Через 10 хв. після пологів – розпочалась кровотеча зі статевих шляхів, дно матки – м'яке та податливе, протягом 5 хв - крововтрата 500 мл. Яка найбільш можлива причина кровотечі?

A *Гіпотонія матки

B Розрив шийки матки

C Виворіт матки

D Додаткова долька плаценти

E ДВЗ-синдром

Ситуаційні задачі

1. У породіллі Н. у ранньому післяпологовому періоді виникла гіпотонічна кровотеча у кількості 30% ОЦК, яка зупинена консервативним методом. Розвинувся геморагічний шок II ст. Ваша тактика? (Інфузійно-трансфузійна терапія)

2. Вагітність IV, роди 1, раптом розпочалася кровотеча. Об'єктивно: жінка у свідомості, шкіра бліда, t^0 - 35,8 0 C, P- 100/хв., слабого наповнення, АТ- 90/60 мм. рт.ст. Плід у поздовжньому положенні, голівка високо над входом у малий таз, серцебиття плода - 130/хв. РV (у операційній): піхва наповнена згортками крові, шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрито, через склепіння піхви визначається утворення м'якої консистенції, голівка плода високо над входом у малий таз. При дослідженні кровотеча посилюється. Діагноз? (Передлежання плаценти. Геморагічний шок I ступеню)