

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 ЛЕКЦІЇ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»  
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>ДВЗ синдром</b> (код курсу 9.4.2)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

### I. Науково-методичне обґрунтування теми

ДВЗ-синдром залишається найбільш небезпечним проявом захворювань, які призводять до летальних наслідків. В акушерській практиці тромбогеморагічний 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 лекції

*Донести до інтернів наступні знання:*

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?

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з ДВЗ- синдромом .

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

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Фізіологія кровообігу. Особливості васкуляризації вагітної матки.	
2. 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.	Визначати групу крові по системі АВО.

	Механізм регуляції гемодинаміки. Зміни в різних органах та системах внаслідок масивної крововтрати.	
<i>Наступні:</i>		
1. Анестезіологія та реаніматологія	Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах. Оцінка об'єму крововтрати. Геморагічний шок.	Давати оцінку ступеню тяжкості геморагічного шоку .
2. Гемостазіологія	Зміни у різноманітних ланках гемокоагуляційного гомеостазу при розвитку ДВЗ синдрому .	Давати оцінку гемостазіограми.

### У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<b>Підготовчий етап</b> Визначення актуальності теми  Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Викладення лекційного матеріалу за планом:  1. Сутність ДВЗ- синдрому. 2. Характеристика різноманітних ланок гемокоагуляційного гомеостазу. 3. Фактори ризику виникнення ДВЗ- синдрому. 4. Діагностика ДВЗ- синдрому. 5. Профілактика ДВЗ- синдрому. 6. Лікування ДВЗ- синдрому. 7. Реабілітація породіль що перенесли ДВЗ- синдром.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2.	<b>Заключний етап</b> 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання	Перелік навчальної літератури	10 хв.

3.	Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.		
----	---	--	--

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### 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, злякисні 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	<b>Основні лабораторні показники</b>						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів* 10 <sup>9</sup> /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
<b>Норма</b>	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).

**Активованій 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).

**Активованій 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.\* 10<sup>9</sup> /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 реополіглокин 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, реополіглокин, дипиридамо́л, 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).

## VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

### *Питання*

10. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
11. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
12. Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
13. Який патогенез ДВЗ- синдрому?
14. Яка клініка ДВЗ- синдрому?
15. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?
16. Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
17. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?
18. Які методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому?

### *Завдання для самостійної роботи по темі лекції*

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).

### **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'янисті 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'янисті 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'янисті 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'янисті 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'янисті 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., заднє 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'янисті 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'янисті виділення зі статевих шляхів. Об'єктивно: АТ-180/100, матка в гіпертонусі, з піхви виділилось до 300 мл темної крові. Серцебиття плода 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** Надпихова ампутація матки.

**11.**

В пологовий будинок доставлена вагітна 20 років із скаргами на болі внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. Термін вагітності 36 тижнів. Стан середньої важкості. АТ 120/80 мм.рт.ст. Серцебиття плода 140 уд. сек., ритмічне. При проведенні вагінального дослідження, шийка матки сформована, зів закритий. Виділення з вагіни кров'янисті, 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 :**

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Пізній мимовільний аборт в ході в термін 18 тижнів вагітності. Після спонтанного вигнання плоду і плаценти показані кюретаж стінок порожнини матки та заходи для стабілізації гемодинаміки.

3. У пологове відділення поступила роділья, 28 років, з приводу кровотечі зі статевих шляхів, яке виникло з початком пологової діяльності 2 години тому. До моменту поступлення крововтрата склала 100 мл. Вагітність доношена. АТ -120/80 мм рт.ст. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття -6см. Спереду і зліва визначається м'яка губчаста тканина, плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, рухома над входом в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась.

Який найбільш вірогідний діагноз?

4. У роділлі К. І пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

5. У роділлі К. І пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

6. У породіллі через 1 годину після пологів крупним плодом з'явилися рясні кров'яні виділення з піхви із згортками крові. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 100 уд./хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт. ст. Дно матки на середині відстані між пупком і мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі - з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл.

Який діагноз?

7. Вагітна В., 18 років поступила у пологовий будинок зі скаргами на слабкість та значні кров'яні виділення зі статевих шляхів, постійні болі внизу живота. Вагітність І, 38 тижнів; лікувалась у відділенні патології вагітних з приводу прееклампсії середнього ступеня важкості. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, кінцівки холодні,

акроціаноз. Тахікардія до 120 уд./ хв. пульс ниткоподібний, задишка, АТ - 80/40 мм. рт. ст. Шоковий індекс - 1,5. Живіт овальної форми, болючий при пальпації у ділянці дна матки ліворуч, де визначаються невеликі випинання. Плід у поздовжньому положенні, голівка притиснута до входу в малий таз, серцебиття плода - 120-110/ хв. У піхві згортки крові, шийка матки скорочена, пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий. Приблизна крововтрата - близько 1000 мл.

Діагноз? Тактика лікаря.

## **VIII. Матеріали для самопідготовки**

### **А. По темі викладеної лекції «Тромбогеморагічний синдром в акушерстві».**

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. Зайнуліна 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: Тріумф, 2010. —232 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. — М.: МИА, 2010. — 720 с.
8. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Лихачев 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.Кирющенков Гемостаз и беременность. – М., „Триада-Х”, 2004.
13. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых Д.О.С.Зайнуліна и др.Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.

### **Б. По темі наступної лекції «Прееклампсія: етіологія, патогенез, діагностика».**

#### **Питання**

1. Які захворювання вагітних зуться гестозами?

2. Які захворювання відносяться до ранніх токсикозів вагітних?
3. Які захворювання відносяться до пізніх гестозів?
4. Які захворювання об'єднуються у групу "рідкі форми гестозів"?
5. Поясніть механізм виникнення ранніх токсикозів.
6. Класифікація гіпертензивних розладів під час вагітності.
7. Преєклампсія: етіологія, патогенез.
8. Як підвищується вага вагітних при нормальному її перебігу?
9. На підставі чого виставляється діагноз преєклампсія вагітних?
10. Класифікація преєклампсії залежно від тяжкості її перебігу.
11. Лікування вагітних з преєклампсією.
12. Якими ознаками характеризується преєклампсія?
13. Який механізм виникнення симптомів преєклампсії?
14. Невідкладна допомога при преєклампсії.
15. Ознаки еклампсії.
16. Послідовність розвитку припадку еклампсії.
17. В якому разі виникають припадки еклампсії після пологів?
18. Сучасна методика лікування вагітних з еклампсією.
19. Невідкладна допомога при еклампсії.
20. Акушерська тактика при пізньому гестозі.
21. Принципи ведення пологів при пізньому гестозі.
22. Профілактика пізнього гестозу.

#### *Рекомендована література по темі наступної лекції*

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапія гестоза.-СПб:СпецЛит, 2005.-477с.
2. Венцківський Б.М., Запорожан В.Н., Семчук А.Я. «Гестози вагітних».- К., 2002.-112с.
3. Громова А.М., Дудченко А.А., Мітюніна Н.І. Акушерство та гінекологія для сімейних лікарів. Полтава 2003.-375с.
4. Лихачев В.К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение. - Полтава: Соломия, 2000. - 104с..
5. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/-Медицинское информационное агентство Москва,2010.
6. Медицина неотложных состояний / Д. М. Катерино, С. Кахан; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 336 с.
7. Серов В.Н., Маркин С.А., Лубнин А.Ю. Эклампсия. Руководство для врачей. – М.: МИА, 2002. – 464 с.
8. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. – 430 с.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
10. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гіпертензивні розлади під час вагітності).
11. Лихачев В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
12. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508



**Методичну розробку лекції підготував доцент кафедри акушерства і гінекології № 2  
Макаров О.Г.**

**10.10.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2, протокол № 3 від 20 жовтня 2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**