

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА 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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Травматизм в акушерстві та гінекології</b> (код курсу 8.0.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Значна частина патологічних станів, що виникають під час пологів, зумовлена аномаліями пологової діяльності. Своєчасна діагностика порушення моторної функції матки, вибір раціональної тактики розродження у випадках аномалії пологових сил, адекватне лікування і профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

## II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинен **знати**:

1. Визначення поняття пологовий травматизм.
2. Етіологію і патогенез пологового травматизму.
3. Фактори ризику виникнення пологового травматизму
4. Класифікація пологового травматизму.
4. Клініка різних форм пологового травматизму.
5. Методи діагностики пологового травматизму.
6. Лікування пологового травматизму.
7. Профілактика пологового травматизму.

У результаті проведення заняття курсант повинен **уміти**:

1. Оцінити фактори ризику пологового травматизму
2. Оцінити характер пологової травми.
3. Провести диференційний діагноз пологового травматизму.
4. Скласти план ведення породілля після пологової травми.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розродження жінок потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні дисципліни</b> Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, анатомію промежини.	Виміряти зовнішні розміри тазу.
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Оглянути та зашити родові шляхи на муляжі. Виконати лапаротомію на трупі
<b>II. Наступні дисципліни</b>		

Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Відібрати вагітних грипи високого ризику пологового травматизму	Провести фізикальне обстеження вагітної .
<b>III. Внутрішньопредметна інтеграція</b> Вузкий таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Огляд родових шляхів, розпізнати ознаки загрози розриву промежини. матки

## V. Зміст навчального матеріалу

### ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ (В,С)

#### Розрив матки

**Шифр МКХ-10** – О 71.0 – розрив матки до початку пологів

О 71.1 – розрив матки під час пологів

**Розрив матки** - це порушення цілісності стінки її тіла у будь - якому відділі під час вагітності або пологів.

#### *Класифікація розривів матки (Репіна М.А., 1984)*

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народження плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при різних сполуках грубого втручання, морфологічних змінах міометрію та механічній перешкоді народженню плода).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.
2. Загрожуючий розрив матки.
3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив матки (не проникаючий у черевну порожнину).
2. Повний розрив матки (проникаючий у черевну порожнину).

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті матки:
  - розрив передньої стінки;
  - боковий розрив;
  - розрив задньої стінки;
  - відрив матки від піхвових склепінь.
2. Розрив у тілі матки:
  - розрив передньої стінки;
  - розрив задньої стінки.
3. Розрив у дні матки.

### **Діагностичні критерії**

До групи вагітних, у яких можливий розрив матки під час вагітності та пологів, належать:

- вагітні з рубцем на матці, які перенесли операції на матці: кесарський розтин, енуклеацію міоматозних вузлів з ушиванням ложа, енуклеацію вузлів з коагуляцією ложа після ендоскопічного втручання, ушивання стінки матки після перфорації, тубектомію з приводу інтрамуральної трубної вагітності;
- вагітні після багаточисельних абортів, особливо ускладнених запальними процесами матки;
- вагітні, що народили багато разів.

До групи вагітних, з ризиком розриву матки під час пологів належать:

- перелічені в попередньому пункті;
- вагітні з плодом великої маси;
- при патологічному вставленні голівки плода (лобному, високому прямому стоянню);
- при патологічному положенні плода (поперечному, косому);
- при звуженому (вужькому) тазі роділлі;
- при поєднанні звуженого тазу та збільшеної маси плода;
- при застосуванні засобів, що скорочують матку (окситоцину, простагландинів) у вагітних: з рубцем на матці, на тлі морфологічних змін стінки матки, на тлі цілого навколоплідного міхура, при багатоводді, багатоплідній вагітності, після багаточисельних абортів, пологів;
- при анатомічних змінах шийки матки внаслідок рубців після діатермокоагуляції, кріодеструкції, пластичних операцій;
- при пухлинах матки, що блокують вихід з малого тазу.

Якщо у вагітних з рубцем на матці пологи закінчились через природні пологові шляхи, проводиться ручна ревізія порожнини матки на предмет її цілісності відразу після виділення посліду. При ревізії матки особлива увага приділяється ревізії лівої стінки матки, де найчастіше пропускаються розриви при ручному обстеженні порожнини матки.

**Клінічні симптоми загрозуючого розриву матки при диспропорції між плодом та тазом матері:**

1. Надмірна пологова діяльність.
2. Недостатнє розслаблення матки після перейм.
3. Різко болісні перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегменту матки.
4. Болісність при пальпації нижнього сегменту матки.
5. Відсутність або надмірна конфігурація голівки плода.
6. Аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання).
7. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.
8. Непродуктивна потужна діяльність при повному або близькому до повного розкритті шийки матки, мимовільні потуги при високо розташованій голівці плода.
9. набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.
10. Родова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого тазу.
11. Утруднене сечовипускання; при тривалому перебігу пологів – поява крові у сечі.
12. Матка у вигляді “пісочного годинника”.
13. Погіршення стану плода.
14. Кров`яні виділення із порожнини матки.

15. Позитивний симптом Генкель-Вастена.

Гістопатичні розриви матки відрізняються відсутністю чітких симптомів, “мовчазною” течією.

**Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при морфологічних змінах міометрію (гістопатичного):**

1. Патологічний “прелімінарний” період.
2. Слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від пологостимуляції.
3. Надмірна пологова діяльність після слабкості пологових сил у відповідь на пологостимулюючу терапію.
4. Можливий больовий синдром: поява постійних болів та локальна болісність після переймів у ділянці рубця на матці або нижнього сегменту, постійні болі неясної локалізації після переймів, які віддають у крижі; частіше – відсутність насторожуючого болю.
5. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.
6. Клінічні прояви інфекції в пологах (хоріонамніоніт, метрит).
7. Інтранатальна гіпоксія, антенатальна загибель плода.

**Клінічні симптоми розриву матки:**

1. Припинення пологової діяльності.
2. Зміна контурів та форми матки.
3. Больовий синдром: болі різноманітного характеру (ниючі, переймоподібні внизу живота та крижах; різкий біль, який виникає на висоті переймів; потуги, на тлі тривалих непродуктивних переймів при повному розкритті маткового зіву; при зміні положення тіла; розпираючі болі в животі; болі в епігастральній області при розриві матки в ділянці дна та труб, які нерідко супроводжуються нудотою, блюванням).
4. При пальпації живота відмічається різка загальна та локальна болісність; здуття.
5. Різкий біль при пальпації та зміщенні матки.
6. Поява різкоболісного утворення по ребру або над лоном (гематома).
7. Симптом “перекритого дна” матки.
8. Народження плода в черевну порожнину – пальпація його частин через черевну стінку.
9. Симптоми подразнення очеревини.
10. Зовнішня, внутрішня або комбінована кровотеча.
11. Зростання симптомів геморагічного шоку.
12. Внутрішньоутробна загибель плода.

**Симптоми розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:**

1. Помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів.
2. Інколи відсутні ознаки відділення плаценти.
3. Виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки.
4. Можливо здуття живота, нудота, блювання.
5. Дно матки не контурується (симптом “перекритого дна матки”), так як перекрите здутими петлями кишківника.
6. Симптоми геморагічного шоку різного ступеня.
7. Пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома).
8. Гіпертермія.

**Лікування**

У вагітних з групи ризику розриву матки протягом спостереження за перебігом вагітності розробляється план родорозрішення (може змінюватись у процесі спостереження) і до 38-39 тижнів вагітності приймається рішення щодо способу родорозрішення (абдомінальний або через природні пологові шляхи).

***При гістопатичних змінах міометрію (рубець на матці) через природні пологові шляхи можуть народжувати жінки, у яких:***

- показання, що були при першому кесарському розтині, не повторюються;
- в анамнезі один кесарський розтин;
- попередній кесарський розтин проведений у нижньому сегменті матки;
- в анамнезі – попередні пологи через природні пологові шляхи;
- нормальне потиличне передлежання плода;
- при пальпації через передне піхвове склепіння ділянка нижнього сегменту відчувається однорідною, без занурень, безболісною;
- при ультразвуковому дослідженні нижній сегмент має V-образну форму, товщину більш 4 мм, ехопровідність така, як і в інших ділянках міометрію;
- можливість ургентного оперативного розродження у випадку виникнення ускладнень;
- можливість проведення моніторингу пологів;
- отримано згоду жінки на розродження через природні пологові шляхи.

Пологи у таких жінок проводяться при ретельному спостереженні за станом жінки, (дивись симптоми загрозуючого розриву при гістопатичних змінах міометрію).

У жінок з анатомо-функціональною неповноцінністю рубця розродження проводиться шляхом кесарського розтину на 40 тижні вагітності при “зрілих” пологових шляхах.

***Симптоми анатомо-функціональної неповноцінності рубця:***

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через передне піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при ультразвуковому дослідженні: товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, різна звукопровідність та товщина, балоноподібна форма.

***Кесарський розтин у жінок із ризиком розриву матки виконується:***

- при поєднанні вузького тазу I – II ст. та великої маси плоду (3800 і більше);
- при лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- при поперечному, косому положенні плода;
- при вузькому тазі III-IV ст.;
- при блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- при рубцевих змінах шийки матки, піхви.

У інших вагітних із групи ризику щодо розриву матки в пологах проводиться ретельне спостереження за розвитком пологової діяльності та станом плода. При появі ускладнень тактика ведення пологів переглядається на користь оперативного розродження.

***При ознаках загрозуючого розриву матки:***

- припиняється пологова діяльність (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики), вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершуються оперативним шляхом:
  - 1) при диспропорції тазу та передлеглої частини тільки кесарським розтином;
  - 2) при гістопатичному розриві найчастіше кесарським розтином, проте у випадках опущення (знаходження) передлеглої частини плода у площину вузької частини тазу або виходу з тазу можливе розродження через природні пологові шляхи.

***Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.***

***Лікування розриву матки, що відбувся:***

- роділля негайно транспортується в операційну; якщо стан жінки дуже тяжкий, операційна розгортається в пологовому залі;
- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;

- здійснюється лапаротомія та втручання адекватне травмі, ревізія органів малого тазу та черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечується інфузійно-трансфузійна терапія, адекватна розміру крововтрати та корекція порушень гемокоагуляції.

***Оперативне втручання проводиться в наступному об'ємі: зашивання розриву, надпихова ампутація або екстирпація матки з додатками або без них. Об'єм втручання залежить від розміру та локалізації розриву, ознак інфікування, часу, що пройшов після розриву, рівня крововтрати, стану жінки.***

**Показання до органозберігаючої операції:**

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями ;
- відсутність ознак інфекції;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

**Показання до надпихової ампутації матки:**

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною крововтратою без ознак синдрому ДВЗ та інфекції.

**Показання до екстирпації матки:**

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;
- розрив шийки матки з переходом на тіло.

**Показання до екстирпації матки з матковими трубами:**

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10-12 годин);
- прояви хоріоамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

***У всіх випадках оперативного лікування з приводу розриву матки або при операції кесаревого розтину з приводу загрожуючого розриву матки проводиться дренування черевної порожнини. Наприкінці операції проводиться ревізія сечового міхура, кишківника, бажано сечоводів.***

При підозрі на травму сечового міхура: у сечовий міхур вводиться 200 мл підфарбленого розчину з метою визначення надходження його у рану, контролюється кількість виведеного з міхура розчину (при цілому міхурі - 200 мл).

При підозрі на травму сечоводу внутрішньовенно вводиться метиленовий синій та простежується його надходження в черевну порожнину або в сечовий міхур при цистоскопії.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій. При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

За умови відсутності досвідченого спеціаліста, який може виконати перев'язку внутрішніх клубових артерій операцію починають з клемування основних судин по ребру матки.

Дренування черевної порожнини проводиться через отвір у задньому склепінні після екстирпації та через контрапертури на рівні клубових кісток:

- при утворенні позачеревних гематом, очеревина над ними не зашивається, здійснюється дренування.
- у післяопераційному періоді проводиться протишокова, інфузійно-трансфузійна та антибактеріальна терапія, профілактика тромбоемболічних ускладнень.

## **Розриви промежини**

**Шифр МКХ-10** – О 70 – розрив промежини при розродженні

О 70.0 – розрив промежини I ступеня під час розродження

О 70.1 – розрив промежини II ступеня під час розродження

О 70.2 – розрив промежини III ступеня під час розродження

О 70.3 – розрив промежини IV ступеня під час розродження

О70.9 – розрив промежини під час розродження, неуточнений

### **Ступені розриву промежини:**

I ступінь – розрив задньої спайки, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), м'язи промежини лишаються цілими.

II ступінь – ушкодження шкіри промежини, стінок піхви та м'язів промежини. Сфінктер та пряма кишка залишаються цілими.

III ступінь – крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (неповний розрив III ступеня), у разі розриву слизової оболонки прямої кишки – повний розрив III ступеня.

Рідкісним видом травми є центральний розрив промежини, при якому відбувається розрив задньої стінки піхви, м'язів тазового дна та шкіри промежини, а задня спайка та сфінктер прямої кишки залишаються цілими. Пологи відбуваються через цей створений отвір.

### **Діагностичні критерії загрози розриву промежини:**

- синюшність шкіри промежини;

- набряк та своєрідний блиск промежини з послідувочою блідістю шкіри.

### **Діагностичні критерії розриву промежини:**

- дефект тканини, раньова поверхня, кровотеча із пологових шляхів.

### **Лікування:**

- розриви промежини зашивають відразу після народження посліду при суворому дотриманні правил асептики і антисептики та загально хірургічних правил ушивання ран (не залишати сліпих кишень, перший шов накладається на здорову тканину, зіставляються однорідні тканини з обов'язковим знеболенням);

- розриви промежини I-II ступеня зашивають під місцевою анестезією (новокаїн, лідокаїн);

- при накладанні швів на м'язи, клітковину та слизову оболонку піхви, шкіру промежини застосовують полігліколеву нитку.

- розриви III ступеня зашивають під наркозом;

- стінку прямої кишки ушивають вузлуватими швами, занурюючи їх у просвіт кишки, потім ушивають сфінктер прямої кишки вузлуватими швами, безперервним швами ушивають задню стінку піхви, окремими швами – ніжки леваторів після їх виділення, наприкінці – окремі шви на шкіру промежини;

- післяопераційний догляд: обробка швів промежини проводиться 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації. Після туалету шви просушують стерильним марлевым тампоном і змашують розчином калію перманганату або 1% спиртовим розчином брильянтової зелені. Більш швидкому загоюванню рани сприяє ультрафіолетове опромінювання. Сідати породіллі не рекомендується на протязі 2-3 тижнів після пологів.

- при розриві промежини I-II ступеня на протязі 4-5 діб призначається рідка їжа;

- при розриві промежини III ступеня у хворої не повинно бути випорожнень протягом 5 днів після операції; для цього призначають дієту, що не формує калові маси: чай, молоко, кефір, сметану, не круто зварені яйця, бульйони.

## **Розриви шийки матки**



**Шифр МКХ-10** – О 71.3 – акушерський розрив шийки матки.

**Класифікація розривів шийки матки:**

I ступінь – розрив шийки матки з одного або з двох сторін довжиною не більше 2 см;

II ступінь – розрив довжиною більше 2 см, який не доходить до склепіння піхви;

III ступінь – розрив шийки матки до склепіння піхви, або який переходить на верхній відділ піхви.

**Діагностичні критерії:**

- постійна кровотеча із статевих шляхів;  
- діагноз уточнюється при огляді шийки матки в дзеркалах – дефект, розрив тканин шийки матки.

**Лікування.**

Ушивання розривів шийки матки вузлуватими швами. Найбільш ефективні шви у 2 поверхи: I- слизово-м'язовий із занурюванням у цервікальний канал, II - слизово-м'язовий вузлуватий, що звернений у вагіну.

У післяпологовому періоді проводиться санація піхви антисептиками. На 6-7 день після накладання швів необхідно обережно оглянути шийку матки за допомогою дзеркал.

**Розриви піхви**

**Шифр МКХ-10** – О 71.4 – акушерський розрив лише верхнього відділу піхви.

**Розриви піхви** найчастіше бувають поздовжніми, рідше розрив має поперечне спрямування, іноді розриви проникають глибоко в навколо піхвову клітковину.

**Діагностичні критерії:**

- кровотеча із статевих шляхів;  
- діагноз уточнюється при огляді піхви за допомогою дзеркал та рукою акушера.

**Лікування.**

Зашивають розриви піхви окремими або безперервними швами за правилами хірургічного лікування ран.

**Гематома зовнішніх статевих органів та піхви**

**Шифр МКХ-10** – О 71.7 – акушерська гематома тазу

О 71.8 – інші уточнені акушерські травми

**Діагностичні критерії:**

- при огляді – пухлиноподібне утворення, синьо-багрового забарвлення;  
- при гематомі вульви- великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;  
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;  
- найчастіше є симптомом не діагностованого у пологах розриву матки;  
- при невеликих за розміром гематомах немає суб'єктивних відчуттів;  
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, печучій біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;  
- при інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, підвищення температури тіла із зниженням її в ранковий час (гектичний тип температури), в крові – лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

**Лікування**

При невеликих та не прогресуючих у розмірах гематомах, відсутності ознак інфікування: – ліжковий режим, холод, кровозупиняючі засоби, прошивання Z-образним швом або обшивання гематом безперервним швом, антибактеріальна терапія.

При великих за розміром гематомах:

- стежити за верхнім рівнем гематоми через черевну стінку методом глибокої пальпації при швидко зростаючих гематомах .

- при її зростанні, та збільшенні анемізації, ознак геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування . Не доцільно розтинати світлу гематому, випорожнити її (відрив тромбів при затромбованих судинах відновить кровотечу). При інфікуванні гематоми – розтинання, дренивання, призначення антибіотиків.

## 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.	<p><b>Підготовчий етап</b></p> <p>1. Організаційні заходи.</p> <p>2. Визначення актуальності теми.</p> <p>3. Визначення навчальних цілей.</p> <p>4. Забезпечення позитивної мотивації.</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p><b>Основний етап</b></p> <p>2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <p>1. Визначення поняття «акушерський травматизм».</p> <p>2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.</p> <p>3. Етіологію травм , шийки матки, піхви, промежини.</p> <p>4. Клініку, діагностику, лікування травм зовнішніх статевих органів.</p> <p>5. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів шийки матки.</p> <p>6. Клініку, діагностику, лікування розривів піхви, гематом піхви.</p> <p>7. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів промежини.</p> <p>8. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику післяпологового вивороту матки.</p> <p>9. Клініку, діагностику, акушерську тактику при післяпологовому вивороті матки, профілактику цього ускладнення</p>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>1. Підбиття підсумків, загальні</p>	Перелік навчальної літератури.	10 хв.

	висновки	План теми наступного семінару. самоконтролю.	Матеріали
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

#### **VI. Методичне забезпечення.**

*Місце проведення заняття:* навчальна кімната (з аналізом історії пологів, які ускладнилися слабкістю пологової діяльності), пологовий зал (з діагностикою слабкості пологової діяльності методом кардіотокографії). *Оснащення:* історії пологів, роділлі в пологовому залі, медикаментозні засоби, кардіотокограф, акушерський стетоскоп, партограми

#### **ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Медицина неотложных состояний / Д. М. Катерино, С. Кахан; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 336 с.
2. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов / В поддержку Инициативы „Безопасное материнство”. Стратегия ВОЗ по обеспечению безопасной беременности / Редактор русского издания Могилевкина И.А. – Женева, 2002. – 303 с.
3. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.
4. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
6. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Заболотная А.В. Безопасное материнство. Руководство для врачей/ Под ред. проф. Сенчука А.Я. – Нежин: Гидромакс, 2008. –180 с.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (пологовий травматизм).
8. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
10. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.

#### **Питання**

1. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
2. Яка класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікацію пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?
5. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
6. Яка класифікація розривів промежини?
7. Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?
8. Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?
9. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?

10. Яка класифікація розривів шийки матки?
11. Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?
12. Які етіологія і патогенез, класифікація післяпологового вивороту матки?
13. Які фактори ризику післяпологового вивороту матки?
14. Які клініка, діагностика, акушерська тактика при післяпологовому вивороті матки.
15. Яка профілактика післяпологового вивороту матки?

### **Тестові завдання**

1. Роділля 32 років поступила в акушерський стаціонар у зв'язку з початком регулярної родової діяльності, раннім відходженням навколоплідних вод. Наприкінці першого періоду пологів перейми сповільнилися, тривають по 25-30сек., через кожні 4-5 хв. За останню годину шийка матки відкрилася на 1 см.

#### **Яке виникло ускладнення?**

- A. Вторинна слабкість родової діяльності\*
- B. Активна родова діяльність
- C. Дистоція шийки матки
- D. Дискоординована родова діяльність
- E. Первинна слабкість родової діяльності

2. Первістка, 40 тижнів вагітності, скаржиться на переймоподібні нерегулярні болі, які турбують протягом двох діб, ніч не спала. Голівка плода над входом у таз, води цілі. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною до 2-х см, зовнішній зів пропускає 1 поперечник пальця.

#### **Який діагноз?**

- A. Патологічний преліментарний період\*
- B. Первинна слабкість родової діяльності.
- C. Дискоординована родова діяльність.
- E. Провісники пологів.

1. Роділля 32 років потрапила в акушерський стаціонар у зв'язку з початком регулярної пологової діяльності, раннім відходженням навколоплідних вод. В кінці першого періоду пологів перейми уповільнились, тривають по 25-30 сек., через кожні 4-5 хв. За останні три години відкриття шийки матки становить 1 см. Яке ускладнення виникло?

- A. Первинна слабкість пологової діяльності
- B. Дискоординована пологова діяльність
- C. Дистонія шийки матки
- D. Бурхлива пологова діяльність
- E. Вторинна слабкість пологової діяльності

2. Повторнородяча 35 років доставлена в пологовий будинок через 15 годин з початку пологів. Із анамнезу виявлено, що пологова діяльність розвивалась нормально. Через 10 годин від початку пологів при повному розкритті шийки матки відійшли чисті навколоплодові води. Після цього пологова діяльність різко ослабла, потуги короткі,

слабкі, нерегулярні, голівка не просувається. Діагноз?

- A. II період пологів. Вторина слабкість пологової діяльності.
- B. II період пологів Первинна слабкість
- C. II період пологів Дистоція шийки матки
- D. II період пологів Надмірно сильна пологова діяльність
- E. II період пологів Дискоординована пологова діяльність

3. Першовагітна 34 р., в терміні 39-40 тижнів поступила в пологовий будинок зі скаргами на нерегулярні переймоподібні болі, які продовжується протягом 3-х діб. В анамнезі - пізній початок менархе. Місячні нерегулярні. Пацієнтка виснажена. Тонус матки підвищений. Положення плоду поздовжнє, передлежача голівка, розташована високо над входом в малий таз. Води не виливались. Серцебиття плоду 136 уд./хв. Зрілість шийки матки за шкалою Бішопа – 3 б. Діагноз?

- A. Патологічний прелімінарний період.
- B. Фізіологічний прелімінарний період.
- C. Дискоординована пологова діяльність
- D. Ритм Брегстон-Гікса.
- E. Слабкість пологової діяльності.

4. У роділлі Н., 28 років I строкові пологи розпочались 9 годин тому. Безводний проміжок 7 годин. В анамнезі післяабортний метроендометрит, непліддя II. Скарги на болючі, часті, нетривалі перейми. Між переймами матка у підвищеному тонусі. Піхвинно: шийка укорочена до 1,5 см, розкриття на 3 см, під час перейм маткове вічко звужується, краї його напружуються. Передлегла голівка в I площині малого тазу, відштовхується. Яке ускладнення пологів виникло у даної роділлі?

- A. Первинна дискоординація пологової діяльності
- B. Пролонгація активної фази.
- C. Вторинна дискоординація пологової діяльності
- D. Неможливість опускання голівки плода.
- E. Зупинка опускання голівки плода.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

**15.09.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**