

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:	Кровотечі під час вагітності, I та II періодах родів (код курсу 6.1.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Кровотечі під час вагітності та пологів займають одне з ведучих місць в акушерській патології, суттєво впливають на показник материнської смертності, рівень якої складає до 30%, а також сприяють розвитку різних захворювань жіночого організму.

Найчастішими причинами виникнення маткових кровотеч під час вагітності та пологів є передлежання плаценти та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП). Частота цих видів патології становить від 0,3 до 0,8% загальної кількості пологів і в 30% випадків вони стають причиною материнської смертності.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинен знати:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
5. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
6. Методи зупинки кровотеч.

У результаті проведення заняття курсант повинен уміти:

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
2. Скласти план обстеження при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
3. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
4. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
5. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
7. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій. Розродження вагітних з кровотечею 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
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів,	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі

II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Надання допомоги жінкам з кровотечею на догоспітальному	Визначити показання і скерувати вагітну на відповідний рівень надання медичної допомоги.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вузький таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму

V. Зміст навчального матеріалу

Кровотечі під час вагітності і в пологах частіше бувають обумовлені передлежанням плаценти та передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти, травмами пологових шляхів, розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці шийки матки.

ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛАЦЕНТИ.

Під передлежанням плаценти (placenta praevia) розуміють аномалію, при якій плацента розташована в ділянці нижнього сегменту нижче передлеглої частини і частково або повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічній вагітності нижній край плаценти знаходиться вище 7 см від внутрішнього вічка.

Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8 % від загальної кількості пологів.

Класифікація аномального розташування плаценти:

1. Повне передлежання (placenta praevia totalis) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
2. Неповне передлежання плаценти (placenta praevia partialis) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
 - 2.1. бокове передлежання плаценти (placenta praevia lateralis) – плацента займає 2/3 частину вічка шийки матки;
 - 2.2. крайове передлежання (placenta praevia marginalis) – плацентарна тканина підходить до краю внутрішнього вічка шийки матки.
3. Низьке прикріплення плаценти – розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка.

У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням вид передлежання може змінюватися із збільшенням терміну вагітності.

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти:

A. Незрілість елементів трофобласту бластоцисти.

B. Запально-дегенеративні зміни ендометрію та нервово-м'язевого апарату матки внаслідок:

- хронічних ендометритів з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрію;
- абортів, ускладнених запальними процесами;
- геніального інфантилізму, ендокринопатій;
- доброякісних пухлин матки, зокрема субмукозних міоматозних вузлів, рубців на матці;

- дії на ендометрій хімічних препаратів.

Клінічна картина передлежання плаценти

Ведучим клінічним симптомом є раптові без больових відчуттів кров'янисті виділення, які можуть періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникають спонтанно або після фізичного навантаження. Кров'янисті виділення набувають загрозливого характеру з початком скорочень матки у будь-якому терміні.

В механізмі кровотечі при передлежанні плаценти основну роль відіграють скорочення м'язів матки та розтягнення нижнього сегменту в процесі вагітності та під час пологів з порушенням цілісності міжворсинкового простору. Ворсинки плаценти, в зв'язку з їх нездатністю до розтягнення, втрачають зв'язок зі стінками матки.

Термін появи кровотечі та її сила залежать від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання. Так, при центральному (повному) передлежанні кровотеча нерідко починається рано – в II триместрі вагітності; при боковому та краєвому передлежанні (неповному) – в III триместрі або під час пологів.

Важкість стану жінки визначається об'ємом і темпом крововтрати. Сила кровотечі при повному передлежанні звичайно більш значна, ніж при неповному. Перша кровотеча зазвичай починається спонтанно. Іноді вона може бути настільки інтенсивною, що супроводжується смертельними наслідками, а неодноразові повторні кровотечі, хоча і є досить небезпечними (хронічна анемізація хворих), однак за наслідками можуть бути більш сприятливими.

У разі, коли кров'янисті виділення спостерігаються у вагітних ще в I триместрі, їх слід розцінювати як тривожний сигнал, що може свідчити не тільки про загрозу переривання вагітності, але й про глибоке занурення ворсин хоріона в підлеглі тканини з порушенням судин. Така ознака має місце не тільки при передлежанні плаценти, а й при більш небезпечній патології – шийковій та перешийково-шийковій вагітності.

Діагностика

Для встановлення діагнозу слід провести:

1. Анамнез: детальне опитування вагітної з метою виявлення факторів ризику, що могли б призвести до аномалії розташування плаценти.
 2. Клінічні прояви – поява кровотечі, що повторюється, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.
 3. Акушерське обстеження:
 - А. *Обережне зовнішнє акушерське обстеження:*
 - може виявлятися поперечне або косе розташування плода, або тазове передлежання;
 - високе розташування передлеглої частини;
 - тонус матки не підвищений;
 - аускультативно в ділянці нижнього сегменту може визначатися шум плаценти.
 - Б. *Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах виключно в умовах розгорнутої операційної:*
 - дозволяє виключити інші джерела кровотечі (розрив варикозних вузлів піхви, псевдоерозію і рак шийки матки).
 - В. *Піхвове дослідження виключно в умовах розгорнутої операційної:*
- при закритій шийці матки
- через склепіння пальпується тістуватість, пастозність тканин, пульсація судин; високе стояння передлеглої частини і неможливість її пальпувати;
 - б. при відкритті шийки матки не менше ніж на 4-6 см виявляють:
 - плацентарну тканину – повне передлежання (placenta praevia totalis);

- плідні оболонки і тканину плаценти – бокове передлежання (placenta praevia lateralis);
- плідні оболонки і край плаценти – крайове передлежання (placenta praevia marginalis);
- шороховатість плідних оболонок – низьке прикріплення плаценти.

У разі значної кровотечі уточнення характеру передлежання не має сенсу, оскільки акушерська тактика визначається об'ємом крововтрати та станом вагітної.

4. Ультразвукове дослідження має високу інформативну цінність у визначенні локалізації плаценти та виду передлежання.

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються кровотечами:

- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти;
- розривом матки;
- розривом варикозних вузлів в ділянці вульви і піхви;
- раком та ерозією шийки матки.

Лікування та тактика лікаря при передлежанні плаценти.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних з кровотечею у II половині вагітності повинно проводитися тільки в стаціонарі. Тактика лікаря залежить від:

1. об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі;
2. стану жінки та внутрішньоутробного плода;
3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Тактика лікаря при недоношеній вагітності

При появі кров'янистих виділень в другій половині вагітності, в першу чергу, слід запідозрити передлежання плаценти і терміново госпіталізувати вагітну.

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів – вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:

- госпіталізація;
- токолітична терапія за показаннями;
- прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
- моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Тактика лікаря при доношеній вагітності.

1. При крововтраті до 250 мл. За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання:

- у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головному передлежанні плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. При відновленні кровотечі - кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода - в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.

- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (тазове, косе або поперечне) виконується кесарів розтин;

- при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.

2. При крововтраті (більше 250мл) - незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

3. При повному передлежанні, діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі - госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

У ранньому післяпологовому періоді, - ретельне спостереження за станом porodil'li. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла - термінова релапаротомія, екстирпація матки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідні методичні розробки).

ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

В нормі плацента відшарується від стінок матки після народження плода. Якщо її відділення відбувається раніше (під час вагітності або у I та II періодах пологів), така патологія називається передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (ПВНРП)

Частота ПВНРП коливається від 0,05 до 0,5 %. Ця патологія відноситься до тяжких форм ускладнень вагітності та пологів, супроводжується високою материнською та перинатальною смертністю.

Класифікація ПВНРП:

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

Причини відшарування плаценти.

А. Під час вагітності:

1. Мембранна патологія та патологічні процеси в спіральних артеріях, які викликають втрату їх еластичності (пreeклампсія, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інфузійно-алергічний васкуліт)
2. Механічні фактори (травма живота).
3. Імунно-конфліктна вагітність.
4. Дистрофічні зміни ендометрію
5. Аномалії розвитку та пухлини матки.

В. Під час пологів:

1. Запізнілий розрив плодових оболонок.
2. Коротка пуповина.
3. Швидке спорожнення матки (багатоводдя, багатопліддя).
4. Патологія скоротливої діяльності матки
5. Фізична або психічна травма.

Механізм відшарування заключається в утворенні базальних гематом в результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Виникає відшарування плаценти і здавлювання плацентарної тканини утвореною гематомою. Макроскопічно при частковому відшаруванні на материнській поверхні плаценти відмічаються фасетки («старе» відшарування) або згортки крові («гостре» відшарування).

Велика матково-плацентарна гематома, не знайшовши виходу в піхву, розтягує плацентарну площадку, і виникає матково-плацентарна апоплексія, описана А. Кувелером.

Клінічна картина

Ведучими клінічними симптомами при ПВНРП є:

1. Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, поперек, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні. При відшаруванні плаценти, що розташована на задній стінці, біль може імітувати ниркову коліку.

2. Гіпертонус матки аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками та токолітиками.

3. Дистрес плода та його загибель.

4. Кровотеча з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути в декількох варіантах: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня. Загальний стан погіршується, прискорюється пульс, дихання, зменшується АТ, бліді шкірні покрови, може виникнути непритомність.

Якщо відшарування відбувається по периферії, кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати плодові оболонки, і кровотеча виявляється зовнішньою. Колір крові, що витікає через піхву, при гострому відшаруванні є яскраво-червоним, при відшаруванні значної давнини – коричневий, серозно-кров'янистий, з темними згортками.

Стан хворої при цьому, як правило, відповідає видимій кровотраті.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).

2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму кровотрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

3. Зовнішнє акушерське дослідження:

- гіпертонус матки;
- матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
- болючість при пальпації;
- ускладнення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
- дистрес плода або його загибель.

4. Внутрішнє акушерське дослідження:

- напруженість плідного міхура;
- забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності з матки.

5. УЗ – діагностика з вимірюванням площі відшарування.

6. Діагностика стану плода (аускультатія, УЗДГ, ФКГ).

7. Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, Нв, Нт, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз ПВНРП базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода.

Тактика при відшаруванні плаценти під час вагітності та на початку I періоду пологів

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків. Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легенів плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- передує операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків; при необхідності – перев'язка клубових артерій;
- при невеликій площі апоплексії (2-3 вогнища малого діаметру 1-2см, або одне - до 3 см) та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консиліумом вирішується питання про збереження матки. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періоді пологів

- негайна амніотомія, якщо навколоплідний міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода та за наявності умов виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарів розтин;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолу (ректально);
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

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. 5.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації. Контроль вихідного рівня знань.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
1..	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1.Визначення поняття «акушерські кровотечі». 2.Класифікація кровотеч, які	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>виникають у II половині вагітності та під час пологів.</p> <p>3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.</p> <p>4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.</p> <p>5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.</p> <p>6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.</p> <p>7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.</p> <p>8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.</p>		
<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	<p>Заключний етап</p> <p>Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання.</p> <p>Завдання до наступного семінару.</p>	<p>Перелік навчальної літератури.</p> <p>План теми наступного семінару.</p> <p>Матеріали самоконтролю.</p>	<p>10 хв.</p>

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: палата патології вагітних, пологова зала, операційна, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых Д.О.С.Зайнулина и др. Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.
3. Акушерство и гинекология. Руководство для врачей /Под ред. Г.М.Савельевой. ~М: Медицина, 2006,- 348 с.
4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: Справочное пособие / Под ред. Степанковская Г. К., Венцовский Б. М. - К.: Здоровья. -2004. - 306 с.
5. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.04 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
6. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі», 81 с.
7. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

8. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
- 9.Голяновский О. Органосохраняющие методики при массивных акушерских кровотечениях // турботою про жінку. — 2008. — № 5. — С. 19-21с.
10. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
11. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
12. Егорова Н.А., Добротина А.Г., Гусева О.И. и др. Кровотечения при беременности, в родах и раннем послеродовом периоде / Учебное пособие. — Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2004. — 80 с.

Контрольні запитання

- Яке визначення поняття патологічної кровотечі?
- Які фактори ризику післяпологової кровотечі?
- Які причини кровотеч в III періоді пологів?
- Які форми патологічного прикріплення плаценти?
- Які причини патологічного прикріплення плаценти?
- Яка клініка патологічного прикріплення плаценти?
- Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
- Які причини, клініка защемлення плаценти?
- Які лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів?
- Яке визначення поняття "рання і пізня післяпологова кровотеча"?
- Яка класифікація ранніх післяпологових кровотеч
- Які причини і патогенез гіпотонічних маткових кровотеч?
- Яка клініка гіпотонічних і атонічних маткових кровотеч?
- Які методи визначення величини крововтрати?
- Який обсяг та послідовність терапевтичних заходів при гіпотонічних маткових кровотечах?
- В чому полягає кроковий підхід до зупинки гіпотонічної маткової кровотечі?
- Які лікарські засоби застосовуються для зупинки маткових кровотеч в післяпологовому періоді,?
- Які показання до хірургічного лікування та обсяг оперативного втручання при гіпотонічній кровотечі в післяпологовому періоді.?
- Які причини, діагностика, лікування пізніх післяпологових кровотеч?
- Які основні заходи профілактики виникнення післяпологових кровотеч?

Типові ситуаційні задачі

1. Породілля 28 років, вагітність шоста (аборти, ускладнені ендометритом). Пологи другі, перші пологи перебігали без ускладнень. Народилась дитина масою 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилюються, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується.

Який діагноз? Яка лікарська тактика?

Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Ручне обстеження матки, огляд пологових шляхів, в/в введення утеротоніків.

2. У 32-річної жінки масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при

пальпації м'яка. Тонус матки не змінюється після введення засобів, що скорочують матку.

Яка причина кровотечі найбільш імовірна? Атонія матки.

3. 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?

Прирощення плаценти (повне?). Лапаротомія, надпідхвова ампутація матки.

4. Породілля С. 28 років, перші термінові пологи. Перший період пологів тривав 4 години, потужний період тривав 30 хв. Народився хлопчик вагою 3800, зріст 52 см, в стані по Апгар 9-10 балів. Ш період пологів без особливостей, матка скорочена, щільна. Із родових шляхів спостерігаються кров'яністі виділення, які з'явилися ще в І періоді пологів.

На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?

А. Розрив шийки матки.* В. Передчасне відшарування плаценти С. Передлежання плаценти й. Розрив матки, що стався Е. Гіпотонічна кровотеча

5. 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 мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі - з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл.

Який діагноз?

А. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча* В. Пізній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча С. Гіпотонія матки. ДВЗ-синдром. й. Глибокі розриви піхви, кровотеча Е. Неповний розрив матки, кровотеча

Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.

20.10.2016

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.