

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 під час вагітності (діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 7.3)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Невиношування вагітності являє собою причину високої перинатальної захворюваності (з наступною інвалідизацією дитини) і смертності. Причиною 70% спонтанних абортів, які відбуваються в терміні до 12 тижнів та 30%, що відбуваються в терміні після 12 тижнів, є хромосомні аномалії (спадкові або набуті). Максимальна кількість хромосомних аномалій елімінується шляхом спонтанного абортів в терміні 4-5 тижнів.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та 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 у II половині вагітності та під час пологів.

Завдяки проведеному заняттю інтерн повинен вміти:

1. Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку невиношування вагітності
2. Оцінити результати УЗД при невиношування вагітності
3. Провести оцінку функціонального стану плода
4. Визначити тактику ведення вагітності при допологовій кровотечі.
5. Визначити термін і тактику розродження при передлежанні плаценти.
6. Визначити терміни та метод проведення профілактики 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	Характеристика особливостей порушень менструального циклу. Перебіг фізіологічної вагітності.	Визначити термін вагітності
<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

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до пологів. ДК становить 3-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць

серед причин материнської та перинатальної смертності в усьому світі. Народження більше 1/4 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням. Причини ДК включають : передлежання плаценти (ПП) (20%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) (40%) та кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки) (до 5%). У разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначають як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Невідкладні організаційні заходи

- Скерування до рододопомічного ЗОЗ. Транспортування до ЗОЗ з можливостями надання інтенсивної терапії.
- Повідомлення персоналу рододопомічного ЗОЗ, до якого скеровано пацієнтку. Оцінку та допомогу надає мультидисциплінарна команда (акушер-гінеколог, акушерка, анестезіолог, неонатолог, лаборант, персонал операційної, пункту переливання крові).
- Госпіталізація до рододопомічного ЗОЗ.

Клінічна оцінка

- Оцінка анамнезу (в разі стабільного стану матері, проводиться детальне вивчення анамнезу, в разі непритомного стану жінки - опитування родичів).
- Оцінка об'єму та характеру виділень (свіжа або застаріла кров).
- Термінова оцінка ступені тяжкості кровотечі та лікування, на яке потребує вагітна.

В оцінці величини крововтрати в разі ДК важливу роль відіграють клінічні ознаки ГШ шоку. Стан плода – є важливим індикатором ступеню тяжкості ДК та гіповолемії.

Враховуючи світовий досвід, величину крововтрати в разі ДК визначають як:

Кровомазання – плями крові на білизні та гігієнічних прокладках; *Мала*

кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась;

Велика кровотеча – крововтрата оцінена від 250 до 1000 мл, яка зупинилась, при відсутності ознак геморагічного шоку;

Масивна кровотеча – крововтрата більше ніж 1000 мл та/ або ознаки геморагічного шоку;

Повторна ДК або рецидив кровотечі – термін застосовують, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз

Загальне обстеження (в разі відсутності масивної кровотечі)

- Оцінка висоти дна матки (відповідність строку гестації)
- Положення та передлежання плода: високе розташування передлеглої частини та/або неправильне положення плода свідчать про можливе передлежання плаценти.
- Пальпація живота
- УЗД надає можливість встановити діагноз передлежання плаценти, якщо він не був встановлений раніше. УЗД не дозволяє виключити ПВНРП, має обмежені можливості. Огляд в дзеркалах в умовах операційної (окрім випадків, передлежання плаценти, встановленого УЗД) для встановлення джерела кровотечі, оцінки стану шийки матки та її розкриття.
- У разі виключення передлежання плаценти за даними УЗД, вагінальне дослідження проводиться в операційній: після розгортання операційної, підготовки бригади до початку операції та підготовки крові для трансфузії.
- Вислуховування ЧСС плода за допомогою стетоскопу. Спостереження за станом плоду проводять за допомогою КТГ у разі незначної ДК та стабільного стану матері або після стабілізації стану матері для визначення методу родорозродження. УЗД має бути застосовано для виявлення серцебиття плода.

Лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові.
- Група крові, резус, кров на сумісність.
- Жінкам з Rh(-)фактором – призначають анти-резусний імуноглобулін.

Загальні положення надання допомоги у разі ДК кровотечі (в залежності від величини виділень)

- Усі жінки з кровомазанням, що продовжується, та малою кровотечею повинні знаходитися у ЗОЗ до припинення кровотечі.
- Ретельне спостереження за станом матері та плода (КТГ, тест рухів плоду) протягом наступних 24 годин, враховуючи ризик відновлення кровотечі.
- Антенатальні стероїди мають бути призначені всім жінкам з ДК в разі стабільного стану матері та/або плода в термін 24 – 34 тижнів вагітності, зважаючи на ризик передчасних пологів.
- Призначення токолітиків припустиме в разі кровомазання або незначної кровотечі (див.вище) та появи перейм у жінок з діагнозом ПП та терміном гестації до 34 тижнів вагітності в умовах перинатальних центрів III рівня. Не використовують антогоністи кальцію при ДК (ризик гіпотензії).
Токолітики протипоказані при ПВНРП або при підозрі на ПВНРП!
- Антианемічна терапія за показаннями (рівень гемоглобіну нижче 110 г/л)
- У разі припинення кровотечі у вагітної з передлежанням плаценти – госпіталізація до строку пологів, планове родорозродження шляхом КР у 38-39 тижнів вагітності.
- У разі рецидиву кровотечі у жінки з ПП – терміновий КР незалежно від строку вагітності.
- У разі припинення кровотечі у вагітних з підозрою на ПВНРП – при відсутності больового синдрому та підвищенні тонуусу матки - спостереження, оцінка стану плода. Розродження в строк пологів.
- Велика крововтрата (оцінена від 250 до 1000 мл) – показання до ургентного розродження шляхом КР.
- Невідкладні організаційні заходи (див.вище) + замовити компоненти та препарати крові згідно таблиці 3. (див. клінічний протокол «Геморагічний шок в акушерстві»).
Оцінка та корекція вітальних функцій.
- Загальне обстеження, лабораторні дослідження та моніторинг (див. вище)

Наявні симптоми:

- Патологічні зміни серцевого ритму плода. Геморагічний шок.
- Значний абдомінальний біль або підвищення тонуусу матки.
- Кровотеча може бути зовнішня або внутрішня.

Організаційні заходи

- Ургентний дзвінок та термінова мобілізація всього персоналу до допомоги (згідно локального протоколу розподілу обов'язків в разі невідкладних станів).
- Повідомлення відповідального адміністратора.
- Керівник команди (відповідальний акушер-гінеколог або анестезіолог) надає завдання та визначає члена команди, який документує подію.

Оцінка та корекція вітальних функцій В разі масивної крововтрати підтримка стану матері та проведення

реанімації повинні початися негайно. Стан матері – це пріоритет і він має бути стабілізований до встановлення стану плоду.

- Дихальні шляхи, дихання.
- Фіксація в документах вітальних ознак кожні 5 хвилин.
- Запобігання аорто-кавальній компресії – поворот на 15° вліво.
- Подача 100% кисню.

Відновлення крововтрати (див. геморагічний шок).

Знеболювання Доза та тип анестетика залежать від важкості больового синдрому. ПВНРП може потребувати призначення опіатів (промедол).

- Неінвазивне вимірювання АТ.
- Пульсоксиметрія.
- Оцінка функції нирок: зменшення об'єму менше 30 мл/год потребує на особливу увагу.

Внутрішньоутробна загибель плоду

- Обговоріть з жінкою план надання допомоги, враховуючи важкість кровотечі та стан

матері.

- Чим довше плід буде знаходитись внутрішньоутробно – тим більше ризик розвитку ДВЗ.

Кесарів розтин

- Не залежно від стану плода (наявності ЧСС плода або внутрішньоутробна загибель плода) після стабілізації стану матері – показано розродження шляхом ургентного кесарського розтину із загальною анестезією (вийняток- ПВНРП у другому періоді пологів).
- При наявності ЧСС плода - неонатальний реаніматолог має бути присутнім під час операції.
- Очікуйте та будьте готові до масивної післяпологової кровотечі.
- Катетеризація центральної вени для оцінки ЦВТ має бути налагоджена анестезіологом.
- З метою збереження матки відразу після вилучення дитини застосовуються утеротонічні засоби (окситоцин або ергометрин, карбетоцин, простагландини E1 та E2) та вазоконстриктори - терліпресин (місцево: 2 ампули (400 мкг) розвести в співвідношенні 1:2 фізіологічним розчином до 10 мл, обколоти матку. Максимальний ефект очікуємо через 5- 7 хвилин).
- В разі надмірної крововтрати застосовують методи хірургічного гемостазу покровоко: часткова деваскуляризація матки, компресійні шви, двостороннє накладання лігатур на внутрішні клубові артерії, а в разі неефективності – екстирпація матки з маточними трубами.
- В разі розвитку коагулопатії – див. протокол ДВЗ-синдром.

■ **Передлежання плаценти** – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5-0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. В ранні терміни вагітності низьке розташування плаценти може спостерігатися у 30% випадків, але до строку пологів воно залишається приблизно в 0,3% випадків. Ризик розвитку даної патології: Передлежання плаценти при попередній вагітності (ВШ 9,7); **Попередні кесареві розтини (ВР 2,6)** Один попередній КР (ВШ 2,2), Два попередніх КР (ВШ 4,1), Три попередні КР (ВШ 22,4);- Попереднє переривання вагітності - Багатонароджуючі (5+)- Вік матері >40 років- Багатоплідна вагітність-Куріння- **Недостатність ендометрію внаслідок:**• Рубця на матці•Ендометриту• Ручного видалення плаценти•Кюретажу•Субмукозної фіброміоми матки• Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика: у разі, коли край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 28-32 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. У разі, якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває його на 20 мм після 26 тижнів вагітності – це може свідчити про можливість клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти.

В разівідсутностіклінічнихпроявів, пов'язаних з передлежаннямплаценти показано повторнетрансвагінальне УЗД дослідження (враховуючиміграціюплаценти) в 36 тижнів.

Перекриттявнутрішньоговічка на 20 абобільше мм в третьомутриместріввагітності з високоювірогідністю буде потребувати КР.

В випадку, коли після 35 тижніввагітності край плацентизнаходитьсябільшеніж на 20 мм від внутрішнього вічка – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Розташування краю плаценти в проміжку 0-20 мм від внутрішнього вічка асоціюється з високою частотою КР, хоча вагінальні пологи залишаються можливими (в разі самостійного розв'язання пологової діяльності та відсутності кровотечі).

Будь-яке перекриття внутрішньоговічка плацентою після 35 тижнів вагітності (>0 мм) є показанням до КР. Регіональна анестезія може застосовуватися в разі КР при наявності передлежання плаценти без ознак кровотечі.

Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти.

Ультразвукові ознаки істинного прирощення плаценти (сіра шкала):

- Втрата анехогенної ретроплацентарної зони
- Наявність непостійної анехогенної ретроплацентарної зони
- Утончення або відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром
- Наявність локальних екзофітних мас що проникають у сечовий міхур
- Патологічні плацентарні лакуни

Допплерографічні ознаки істинного прирощення плаценти

(кольоровий доплер):

- Дифузний або локальний лакунарний кровообіг.
- Васкулярні озера з турбулентним кровообігом (пікова систолічна швидкість вище 15 см/сек).

- Підвищена васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром.
- Значне розширення судин надпериферійної субплацентарної зони.

Трьохмірний енергетичний Доплер

• Численні когерентні судини через товщу межі між маткою та сечовим міхуром (базальна площа)

- Підвищена васкуляризація (бокова площа)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площа).

Плановий КР в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у 38-39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення плаценти в 36-37 тижнів вагітності.

У разі встановленого діагнозу передлежання плаценти, накладання шву на шийку матки не попереджує кровотечу та не дозволяє пролонгувати вагітність. Недоцільним є профілактичне призначення токолітиків у разі передлежання плаценти для запобігання кровотечі.

Лікування та акушерська тактика 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 плода;
3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика 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), появи симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Акушерська тактика 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 головного передлежання 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 (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні 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 породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла - термінова релaparотомія, екстирпація атки 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. відповідну тему заняття).

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I – II періодах пологів.

Класифікація:

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).

2. Часткове відшарування:

- крайове

- центральне

Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:

- гестози;

- захворювання нирок;

- ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;

- перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);

- захворювання судинної системи;

- цукровий діабет;

- захворювання сполучної тканини;

- запальні процеси матки, плаценти;

- аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути:

фізична травма;

- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

Діагностика:

1. *Оцінка стану вагітної*, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

2. *Зовнішнє акушерське обстеження:*

- гіпертонус матки;
- матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- болючість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультатції серцебиття плода;
- поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодного міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

4. *УЗ-дослідження* (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієток і без відшарування.

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує матку Кувелера (матково-плацентарна апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Лікування:

Необґрунтовано запізнїле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

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 придатків.

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 легень 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:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру 1-2 см, або одне – до 3 см), та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберігти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плод), ***консіліумом вирішується питання про збереження матки.*** Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дрениують 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 періодах

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
 - при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
 - при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
 - при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарський розтин;
 - ручне відділення плаценти та видалення посліду;
 - скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкгмізопростанолу (ректально);
 - ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
 - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин. • У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

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.	Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації. Організаційні заходи. Визначення актуальності теми.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап 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.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	<i>Заклучний етап</i>		10 хв.

1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ
2.	Відповіді на можливі запитання.	
3.	Завдання до наступного семінару.	

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. Лихачов 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. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та 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 стаціонарі.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

Тестові завдання

- A. Частково або повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.**
 - B. Прикріплена біля дна матки.
 - C. Проростає слизову оболонку матки.
 - D. Розташована на бокових стінках матки.
 - E. Розташована на передній або задній стінці матки.
2. При якому виді передлежання плаценти розродження проводиться тільки шляхом кесарського розтину:
- A. Центральному**
 - B. Крайовому

С. Боковому

Д. Низькому розташування

Е. В жодному з перерахованих.

3. Де потрібно проводити піхвове дослідження у вагітної з підозрою на передлежання плаценти:

А. У пологовій залі

В. **У розгорнутій операційній**

С. В приймальному відділенні пологового будинку

Д. В передпологовій палаті

Е. В оглядовій кімнаті.

4. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'янисті виділення зі згортками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло в пологах?

А. Повне передлежання плаценти

В. **Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**

С. Розрив шийки матки

Д. Розрив варикозного вузла у піхві

Е. Розрив тіла матки.

5. До пологового відділення надійшла повторно вагітна з приводу значних кров'янистих виділень з піхви. Під час огляду в дзеркалах: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Про яку патологію ідеться?

А. **Часткове передлежання плаценти**

В. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти

С. Повне передлежання плаценти

Д. Розрив крайового синуса

Е. Емболія навколоплідними водами

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другі пологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздожне, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. За вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Голівка плода відштовхується від входу в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась, загальна крововтрата складає 300мл. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

Роділля 37 років, вагітність I, 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плода 160/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Проведена амніотомія – вилились навколоплідні води яскраво забарвлені кров'ю. Діагноз? Що робити?

Правильні відповіді:

1. Вагітність п'ята, 40 тижнів. Пологи II. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Передлежання плаценти. Кровотеча.

Тактика: корпоральний кесарів розтин.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні положення плода продольне, головне. Перший період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Кесарів розтин у нижньому сегменті матки.