

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 ЛЕКЦІЇ**

**для лікарів-курсантів циклу тематичного удосконалення  
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Кровотечі в другій половині вагітності, I і II періоді пологів</b> (Код курсу 2.2.)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

Частота розвитку акушерської кровотечі все ще залишається високою і складає від 2,5 до 4,7%. Маткові кровотечі залишаються основною причиною ургентних станів і займають одне з перших місць у структурі материнської смертності. Ця патологія у випадку єдиної основної причини смерті становить 20-45%, а також ускладнює стан жінки при іншій ведучій патології. Оволодіти знаннями та практичними навичками по даній темі, являється необхідним лікарями різних спеціальностей: лікарями швидкої допомоги, терапевтам, хірургам, реаніматологам для надання кваліфікованої медичної допомоги в ургентному порядку. Тому метою лекції є поглибити та закріпити знання з питань акушерських кровотеч.

## II. Навчальні цілі лекції

*Донести до курсантів наступні знання:*

1. Етіологія, патогенез, класифікація, частота передлежання плаценти.
2. Клініка та діагностика передлежання плаценти.
3. Лікування жінок з передлежанням плаценти.
4. Визначення поняття, етіологія, патогенез, частота передчасного відшарування нормально розташованої плаценти.
5. Клінічна картина та лікування передчасного відшарування нормально розташованої плаценти.
6. Профілактика кровотеч в другій половині вагітності, I і II періоді пологів.
7. Синдром дисемінованого внутрішньо судинного згортання крові в акушерстві.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця:

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

Розвинути почуття відповідальності у курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з ПП та ПВНРП.

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

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Фізіологія	Особливості фізіологічних змін під час вагітності.	
<i>Наступні:</i>		

1. Неонатологія	Наслідки впливу патологічних станів: ПП та ПВНРП на плід.	Давати оцінку динаміці розвитку патологічного процесу в дитини внаслідок ПВНРП.
2. Педіатрія	Основні етапи профілактики виникнення патологічних процесів під впливо ПВНРП.	

#### V. План та організаційна структура лекції:

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<i>Підготовчий етап</i> Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей лекції.  Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Основний етап Викладення лекційного матеріалу за планом:  1. Ознайомлення з визначенням «передлежання плаценти». 2. Класифікація ПП.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	3. Фактори, що сприяють розвитку ПП. 4. Клінічна картина ПП. 5. Діагностика ПП. 6. Лікувальна та акушерська тактика при ПП. 7. Загальні відомості про передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. 8. Класифікація ПВНРП. 9. Причини ПВНРП. 10. Патогенез ПВНРП. 11. Клініка та діагностика ПВНРП. 12. Профілактика кровотеч в другій половині вагітності, I і II періоді пологів.	
3.	<b>Заключний етап:</b> Резюме лекції, загальні висновки Відповіді на можливі запитання Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури  <b>ЗАПИТАННЯ</b>
		10 хв.

## VI. Зміст лекційного матеріалу

### Акушерські кровотечі в другій половині вагітності, I і II періоді пологів.

Під акушерською кровотечею розуміють будь-яку крововтрату з статевих органів жінки під час вагітності та патологічну крововтрату в пологах і післяродовому періоді. Маткові кровотечі в пологах та ранньому післяродовому періодах у фізіологічних межах (до 0,3% маси тіла, що становить приблизно 250мл) обумовлені гемохоріальним типом зв'язку між плацентою та маткою, не позначаються на загальному стані породіллі і не потребують включення компенсаторних механізмів організму. Допустима крововтрата складає 250-400мл, що в перерахунку до маси тіла становить 0,3-0,5% і, як правило, переноситься без ускладнень. Крововтрата більше 0,5% маси тіла вважається патологічною. Враховуючи, що у вагітних, роділь і породіль знижена толерантність до крововтрати і симптоми шоку можуть розвиватись при її об'ємі 800-1000мл, крововтрата до 1-1,5% маси тіла розцінюється як помірна, а більше 1,5% маси тіла як масивна.

Частота розвитку акушерської кровотечі все ще залишається високою і складає від 2,5 до 4,7%. Маткові кровотечі залишаються основною причиною ургентних станів і займають одне з перших місць у структурі материнської смертності. Ця патологія у випадку єдиної основної причини смерті становить 20-45%, а також ускладнює стан жінки при іншій ведучій патології.

Кровотечі під час вагітності і пологів частіше бувають обумовлені передлежанням плаценти, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривами матки, розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці матки. Кровотечі в послідовому та ранньому післяродовому періодах виникають внаслідок порушення

процесів відшарування плаценти та виділення посліду; гіпо- і атонії матки, травматичних ушкоджень родових шляхів; вроджених та придбаних порушень системи гемостазу.

***Кровотечі у I половині вагітності:***

- мимовільний викидень;
- трофобластична хвороба;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність).

***Кровотечі у II половині вагітності:***

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

***Кровотечі під час пологів:***

*I період:*

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;
- розрив шийки матки.

*II період:*

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

*III період:*

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

***Післяпологова кровотеча:***

- атонічна кровотеча;
- затримка частин посліду/ згортків крові;
- травма (розрив м'яких тканин пологових шляхів; розрив матки; виворіт матки)
- коагулопатична кровотеча (включаючи, в разі емболії амніотичною рідиною).

***Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:***

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

***Передлежання плаценти***

Шифр МКХ-10-044

О44.0 - Передлежання плаценти уточнене як без кровотечі

О44.1 - Передлежання плаценти з кровотечею

Передлежання плаценти – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічній вагітності нижній край плаценти не досягає 7 см до внутрішнього вічка. Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8% загальної кількості пологів.

***Фактори ризику виникнення передлежання плаценти:***

- Передлежання плаценти при попередній вагітності.
- Попередні кесареві розтини.

- Один попередній КР.
- Два попередніх КР.
- Три попередні КР.
- 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.

### **Класифікація передлежання плаценти**

1. Повне передлежання – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
2. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко:
  - а) бокове передлежання – внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі;
  - б) крайове передлежання – до внутрішнього вічка підходить край плаценти.
3. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти у нижньому сегменті нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

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

### **Клінічні симптоми**

Патогномонічний симптом - обов'язкова кровотеча, яка може періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникає спонтанно або після фізичного навантаження, набуває загрозливого характеру:

- з початком скорочень матки у будь-якому терміні вагітності;
- не супроводжується болем;
- не супроводжується підвищеним тонусом матки.

Тяжкість стану зумовлена об'ємом крововтрати:

- при повному передлежанні – масивна;
- при неповному – може варіювати від невеликої до масивної.

Анемізація, як результат кровотеч, що повторюються. При цій патології найбільш низький вміст гемоглобіну та еритроцитів у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, що супроводжуються кровотечами.

Частим є неправильне положення плода: косе, поперечне, тазове передлежання, неправильне вставлення голівки.

Можливі передчасні пологи.

### **Діагностика**

1. Анамнез
2. Клінічні прояви - поява кровотечі, що повторюються, та не супроводжуються болем та підвищеним тонусом матки.

Акушерське дослідження:

- а) зовнішнє обстеження:

- високе стояння передлеглої частини;
- косе, поперечне положення плода;
- тонус матки не підвищений.

б) внутрішнє обстеження (виконується тільки в умовах розгорнутої операційної):

- тістуватість тканин склепіння, пастозність, пульсація судин;
- неможливість через склепіння пропальпувати передлеглу частину.

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

Ультразвукове сканування має велике значення для з'ясування локалізації плаценти та встановлення правильного діагнозу.

Передлежання плаценти з кровотечею є терміновим показанням до госпіталізації у стаціонар.

#### **Алгоритм обстеження при надходженні вагітної з кровотечею до стаціонару:**

- уточнення анамнезу;
- оцінка загального стану, об'єму крововтрати;
- загальноклінічне обстеження (група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма);
- зовнішнє акушерське обстеження;
- обстеження шийки матки та піхви при розгорнутій операційній за допомогою піхвових дзеркал для виключення таких причин кровотечі, як поліп шийки матки, рак шийки, розрив варикозного вузла, оцінки виділень;
- додаткові методи обстеження (УЗД) за показаннями за умови відсутності необхідності термінового родорозродження.

### **Лікування**

Тактика лікування залежить від об'єму крововтрати, стану пацієнтки та плода, характеру передлежання, терміну вагітності, зрілості легень плода.

#### **Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти:**

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика.
2. При припиненні кровотечі – УЗ дослідження, підготовна легень плода. Мета очікувальної тактики – пролонгування вагітності до терміну життєздатності плода.
3. У разі прогресуючої кровотечі, що стає неконтрольованою (більше 250 мл), супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, дистрес, мертвий) термінове розродження.

#### **Клінічні варіанти:**

##### **1. Крововтрата (до 250 мл), відсутні симптоми геморагічного шоку, дистресу плода, термін вагітності до 37 тижнів:**

- 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;

При прогресуванні кровотечі більше 250 мл – розродження шляхом кесаревого розтину.

**2. Крововтрата значна (більше 250 мл) при недоношеній вагітності** – незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

##### **3. Крововтрата (до 250 мл) при доношеній вагітності:**

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 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 відновленні кровотечі – кесарів розтин.

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

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

**4. Крововтрата (більше 250мл) при доношеній вагітності** незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

**5. Повне передлежання**, діагностоване 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 досягнення величини кровотрати 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 кровотрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому проводиться за

### ***Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти***

Шифр МКХ-10 – **О 45 Передчасне відшарування (відторгнення плаценти).**

О 45.0 Передчасне відшарування плаценти з порушенням згортання крові.

О 45.8 Інше передчасне відшарування плаценти.

О 45.9 Передчасне відшарування плаценти не уточнене.

Відокремлення плаценти БДВ

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.

#### **Клінічні симптоми:**

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, токолітиками.

3. Кровотеча із піхви може варіювати залежно від ступеню тяжкості та характеру (крайове або центральне відшарування) від незначної до масивної. Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.

#### **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 аускультатії 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 запізніле 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 (див. відповідні протоколи).

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 порожнини 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 періодах**

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;  
- при головному передледанні 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 мкг мізопростолю (ректально);  
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;  
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому (див. відповідні протоколи).

### **Диференційна діагностика передлежання плаценти та ПВНРП:**

ПВНРП	Передлежання плаценти
Може бути пов'язана з гіпертензивними станами, переростяжінням матки, травмою	Наявна причина відсутня

живота	
Біль в животі та/або попереку, часто інтенсивна	Біль відсутній (за виключенням ситуації, коли жінка знаходиться у пологах)
Матка болісна, чутлива при пальпації	Матка безболісна при пальпації
Тонус матки підвищений (гіпертонус)	Матка в нормотонусі
Як правило, поздовжнє положення плоду	Часто неправильне положення плоду та/або високе розташування передлеглої частини
Серцебиття плоду може порушуватись або бути відсутнім	Серцебиття плоду, як правило, не порушене
Шок та анемія непропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Можлива коагулопатія	Шок та анемія пропорційні об'єму зовнішньої крововтрати. Початкова коагулопатія нетипова
УЗД не є методом діагностики відшарування плаценти.	Трансвагінальне УЗД є точним методом діагностики передлежання плаценти.

## **VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції**

### ***Питання***

1. Яка етіологія, патогенез, класифікація, частота передлежання плаценти?
2. Яка клініка та діагностика передлежання плаценти?
3. Яке лікування жінок з передлежанням плаценти?
4. Визначення поняття, етіологія, патогенез, частота передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?
5. Яка клінічна картина та лікування передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?
6. Синдром дисемінованого внутрішньо судинного згортання крові в акушерстві.

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

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку акушерської кровотечі.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при акушерських кровотечах.
3. Оцінити результати УЗД при акушерських кровотечах.
4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити тактику ведення вагітності при акушерських кровотечах.
6. Визначити термін і тактику розродження при акушерських кровотечах.
7. Визначити терміни проведення специфічної профілактики акушерських кровотеч.

### ***Тестові завдання***

1 . 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

кровотрата 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?

А. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

**В. Неповне передлежання плаценти.**

С. Розрив краєвого синусу.

Д. Розрив варикозно-розширеного вузла піхви.

Е. Повне передлежання плаценти.

2. До пологового відділення надійшла повторновагітна з приводу значних виділень з піхви. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Під час огляду дзеркалами: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. 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.

3. Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?

А. Провести кюретаж порожнини матки.

В. Застосувати спосіб Абуладзе.

С. Застосувати спосіб Креде-Лазаревича.

**Д. Провести ручне відокремлення плаценти.**

Е. Внутрішньовенно ввести окситоцин.

4. У роділлі 38 років III пологи, 5 штучних абортів в анамнезі. Через 5 хвилин після народження дитини розпочалася кровотеча із статевих шляхів (350 мл). Стан жінки задовільний, Рс- 92/хв, АТ- 100/60 мм рт.ст. Ознаки відділення плаценти відсутні. Проведено ручне її відділення: плацента відшарувалася з деякими труднощами в окремих ділянках. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Защемлення плаценти, що відділилася

**В. Часткове щільне прикріплення плаценти**

С. Прирощення плаценти

Д. Тотальне щільне прикріплення плаценти

Е. Гіпотонічна кровотеча

5. У вагітної підозра на передчасне відшарування плаценти. Вкажіть, яку допомогу потрібно надати негайно:

**А. Викликати акушерську бригаду**

В. Транспортувати в акушерський стаціонар

С. Визначити групу крові

- D. Ввести кровозупинні засоби
- E. Викликати донорів.

**Ситуаційні задачі :**

1. 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.

**1. Який ймовірний діагноз?**

**2. Яка найбільш правильна тактика лікаря?**

**Відповідь:** Прирощення плаценти (повне). Лапаротомія, надпихвова ампутація матки.

2. 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 I, 38 тижнів; лікувалась у відділенні патології вагітних з приводу преєклампсії 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.

**1. Який попередній діагноз?**

**2. Яка лікувальна тактика?**

### **VIII. Матеріали для самопідготовки**

#### **А. По темі викладеної лекції «Кровотечі в другій половині вагітності, I і II періоді пологів»**

1. Абрамченко В.В.: Руководство для врачей. – Спб.:ЭЛБИ – Спб., 2006.
2. Айламазян Э.А. Акушерство.- С.Петербург,1997.
3. Акушерство. - /За ред. В.І. Грищенко/- Харків, 2000.
4. Акушерство.- /Под ред. Г.М. Савельевой /.- М., 2000.
5. Акушерство.- /За ред. С.В. Хміля/- Тернопіль,1998.
6. Акушерство та гінекологія.- /За ред. А.М. Громової/- Полтава, 2000.
7. Жилияев Н.И. Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии: учебное пособие для студентов мед.вузов. - М.: МИА, 2004.
8. Серов В.Н. Критические состояния а акушерстве: руководство для врачей.- М. Медицина, 2003.
9. Неотложные состояния в акушерстве: учебное пособие /Е.Н. Коктилова, Н.Ю. Каткова/- Н.Новгород: НГМА, 2007.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 березня 2014 року N 205.

#### **Б. По темі наступної лекції «Післяпологові кровотечі, невідкладна допомога.»**

### ***Питання***

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Фактори ризику кровотечі в пологах і післяпологовому періоді.
3. Причини кровотеч в III періоді пологів.
4. Форми патологічного прикріплення плаценти.
5. Причини патологічного прикріплення плаценти.
6. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
7. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
8. Причини, клініка защемлення плаценти.
9. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.
10. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
11. Класифікацію кровотеч, які виникають у ранньому післяпологовому періоді .
12. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у ранньому післяпологовому періоді.
13. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.

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

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Артамонов В.С. та співавт. Профілактика та інтенсивна терапія масивних маткових кровотеч в акушерстві / Методичні рекомендації. – К.: 2000. – 32 с.
3. Голяновский О. Органосохраняющие методики при массивных акушерских кровотечениях // 3 турботою про жінку. – 2008. – № 5. – С. 19-21.
4. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
5. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
6. 9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
9. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».

**Методичну розробку лекції підготув ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.**

**5.01.2017**

**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; доповнення та зміни внесені  
„\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.**