

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:	<b>Пологовий травматизм</b> (код курсу 7.7)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

### I. Актуальність 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. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття курсант повинен знати:*

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

*Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:*

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 фахівця

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

Нагадати про почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування жінок із пологовими травмами.

Закріплення у лікарів психологічної та фахової готовності до сучасних умов професійної діяльності.

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Будова та функція зовнішніх та внутрішніх статевих органів жінки.	Оцінювати стан зовнішніх та внутрішніх статевих органів жінки.
2. Фізіологія	Фізіологічні зміни зовнішніх та внутрішніх статевих органів при вагітності.	Оцінювати зміни зовнішніх та внутрішніх статевих органів при вагітності та після отримання пологових травм.

<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Вплив пологовими травмами на стан новонародженого.	Давати оцінку розвитку новонародженого, який отримав пологову травму.
2. Гінекологія	Віддалені наслідки пологового травматизму на функціональний стан жіночих статевих органів.	Проводити профілактику впливу пологових травм на гінекологічну захворюваність.

## V. Зміст теми семінарського заняття ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ

### Розриви промежини

#### **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 послідоючою 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 змащують 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 діету, що не формує калові маси: чай, молоко, кефір, сметану, не круто зварені яйця, бульйони.

### **Розриви 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**

**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**

#### **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, пекучій 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 дренажування для профілактики інфікування . Не доцільно розтинати світлу гематому, випорожнити її (відрив тромбів при затромбованих судинах відновить кровотечу). При інфікуванні гематоми – розтинання, дренажування, призначення антибіотиків.

### **Розрив матки**

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

#### **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 (вузькому) 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 закінчилися 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.

## **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 загрожуючого 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 загрожуючого 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, дренивання 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 дренивання 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.

#### 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.	<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> <p>5. Провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного курсанта на контрольне запитання</p>	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<p><b>Основний етап</b></p> <p>Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:</p> <p>1. Класифікація, клініка, діагностика пологового травматизму</p> <p>2. Лікування та профілактика пологового травматизму.</p>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<p><b>Заключний етап</b></p> <p>1. Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання.</p> <p>3. Завдання до наступного семінару.</p>	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

#### VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

*Місце проведення заняття*- навчальна кімната, пологова зала.

*Оснащення* - лабораторні аналізи, кардіотокограф, акушерський стетоскоп, історії пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

**Рекомендована література (навчальна, наукова)**



1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.
2. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
3. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: Справочное пособие /Под ред. Степанковская Г. К., Венцовский Б. М. - К.: Здоровья. -2004. - 306 с.

### ***Питання***

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

### ***Тестові завдання***

1.Першовагітна 32 років. Початок II періоду пологів. Різка болісність у нижньому сегменті матки. Матка набула форму “пісочного годинника”. Серцебиття плода 140/хв., ритмічне. Розташування плода повздожне, передлежить голівка плода притиснута до входу у малий таз. Контракційне кільце на рівні пупка. Передбачувана маса плода 4600 гр. Діагноз?

- A** \*Загрожуючий розрив матки.
- B** Розрив матки який здійснився.
- C** Дискоординована пологова діяльність.
- D** Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- E** Нормальні пологи

2.Жінка поступає у пологове відділення у активній фазі пологів зі значною кровотечею із вагіни. Стан тяжкий, кожа бліда, свідомість зплутана, АТ - 80/40 мм рт.ст. В анамнезі кесарський розтин. ЧСС плода 60/хв. Який діагноз є найвірогіднішим?

- A** \* Розрив матки
- B** Передлежання плаценти
- C** Відшарування ї плаценти
- D** Передлежання пуповини
- E** -

3.Повторнонароджуюча К. поступила у I періоді пологів. Дана вагітність IV, доношена, I і II попередні – закінчилися штучними абортами, III – кесаревим розтином. Раптово з’явилися сильні болі в животі, слабкість, АТ – 80/50 мм. рт. ст. Із піхви – помірні кров’яні виділення. Серцебиття плода не вислуховується. Дрібні частини плода визначаються ліворуч від серединної лінії живота безпосередньо під передньою черевною стінкою. Пологова діяльність припинилась. Ваш діагноз?

- A** розрив матки.

- B** емболія навколоплідними водами.
- C** передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- D** загроза розриву матки.
- E** Передлежання плаценти, кровотеча.

4. У роділлі ІУ пологи великим плодом, які тривають 8 годин. 5 годин тому вилилися навколоплодові води. Перейми різко болючі. Після однієї з перейм з'явився сильний біль в животі. Родова діяльність припинилась. Контури матки нечіткі, частини плода визначаються під передньою черевною стінкою. Серцебиття плода не вислуховується. Стан роділлі прогресивно погіршується. Артеріальний тиск 90/50 мм рт.ст., пульс 105/хв. Яка невідкладна допомога ?

- A** \* Лапаротомія з подальшим визначенням тактики.
- B** Введення знеболюючих препаратів.
- C** Введення спазмолітиків
- D** Введення вазопресорів.
- E** Плродоруйнівна операція.

5. У породіллі 24 років при огляді пологових шляхів у ранньому післяпологовому періоді виявлено: шийка матки ціла, є пошкодження задньої стінки піхви, шкіри та м'язів промежини. М'яз, що стискає задньопрохідний ствір і слизова оболонка прямої кишки не пошкоджені. Про яку пологову травму йде мова?

- A** Розрив промежини ІІ ст.
- B** Розрив промежини І ст.
- C** Розрив промежини ІІІ ст.
- D** Тріщина задньої спайки
- E** Розрив піхви