

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»
(ДЛЯ ЛІКАРІВ ТЕРАПЕВТІВ-ДІЛЬНИЧНИХ ТА ЛІКАРІВ ПЕДІАТРІВ-
ДІЛЬНИЧНИХ)**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Невідкладне акушерство(акушерські кровотечі) (Код курсу 04.01.04)
Курс	4 місяці навчання
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

У світовій клінічній практиці є тенденції до зниження частоти гістеректомії з приводу атонічної кровотечі за рахунок застосування системного підходу до надання допомоги, кваліфікованого анестезіологічного забезпечення, покрокового призначення утеротоніків, балонної тампонади матки, часткової деваскуляризації матки, різноманітних компресійних швів на матку, використання перев'язування внутрішніх клубових артерій, емболізації маткових судин.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття курсант повинен знати:

- Запліднення та розвиток плідного яйця.
- Ультразвукові дослідження в акушерстві.
- Плодово-плацентарний кровообіг.
- Методи оцінки стану плода.
- Фізіологічний період новонародженості.
- Визначення поняття «акушерські кровотечі».
- Фактори ризику післяпологової кровотечі.
- Причини кровотеч в III періоді пологів.
- Форми патологічного прикріплення плаценти.
- Причини патологічного прикріплення плаценти.
- Клініку патологічного прикріплення плаценти.
- Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
- Причини, клініка защемлення плаценти.
- Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.

Завдяки проведеному заняттю курсант повинен вміти:

1. Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку акушерської кровотечі
2. Оцінити результати УЗД ПВНRP
3. Провести оцінку функціонального стану плода
4. Визначити тактику ведення вагітності при акушерських кровотечах
5. Визначити термін і тактику розродження при невиношування вагітності
6. Визначити терміни та метод проведення профілактики невиношування вагітності.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з невиношуванням вагітності.

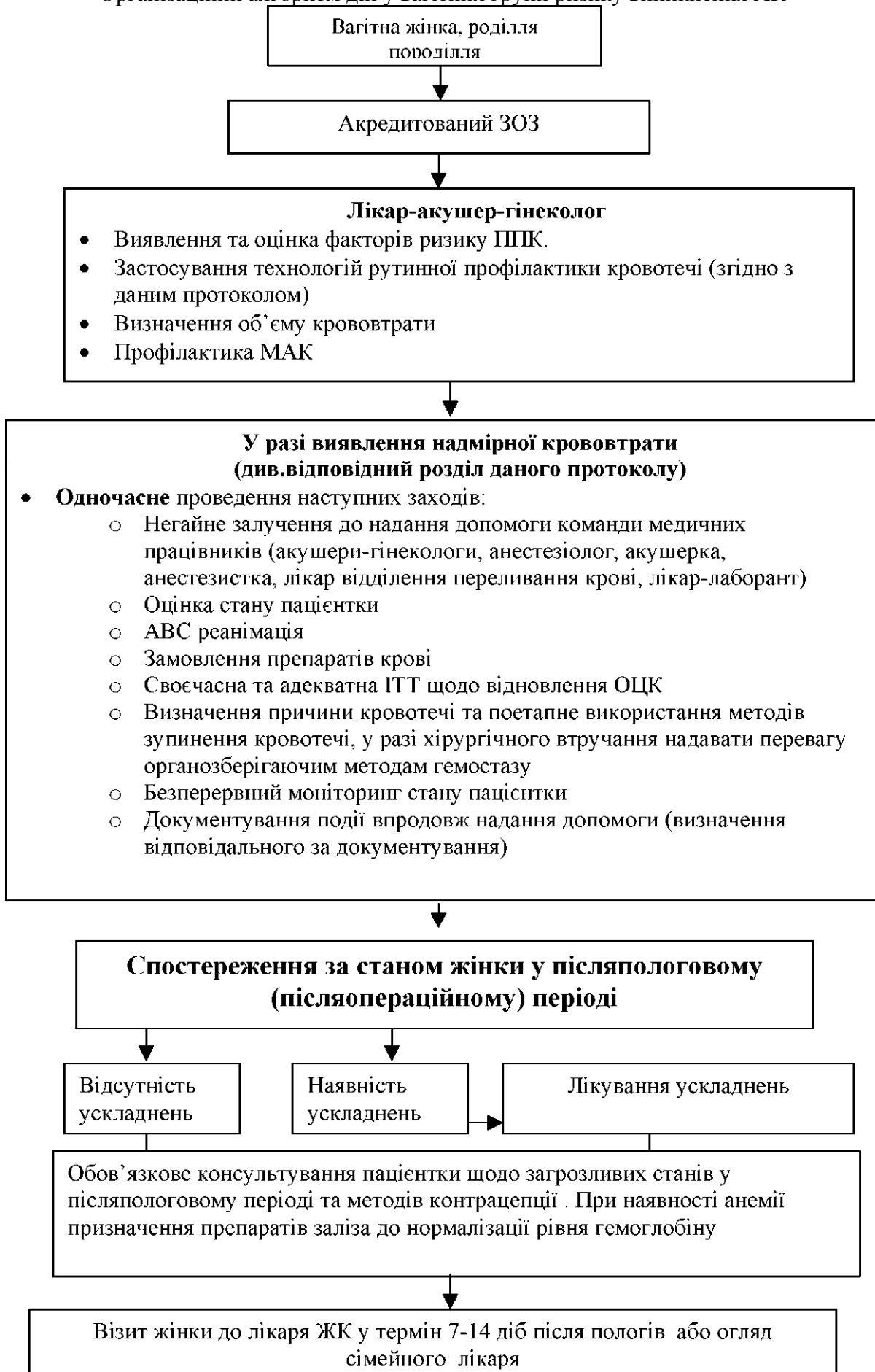
Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

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.	Визначати 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

Організаційний алгоритм дій у вагітних групи ризику виникнення АК



Оцінка факторів ризику та профілактика АК

Ризик виникнення АК оцінюють:

1. В амбулаторних умовах (жіноча консультація)
 - при постановці на облік по вагітності;
 - при оформленні відпустки по вагітності та пологах;
 - за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.
2. Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.
3. У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді або під час пологів.

Фактори ризику ППК, які можна ідентифікувати антенатально та під час пологів

Рекомендації: наступні фактори супроводжуються значним підвищенням ризику ППК. За наявності цих факторів скеровують вагітну на III рівень

надання допомоги

Фактори ризику	«4 Т»	Відношення шансів розвитку ППК (кратність збільшення ризику)	99% ДІ
Відшарування плаценти (в разі підозри, встановленої) - допомога надають в найближчому родопомічному ЗОЗ.	Тромбін	13	(7.61 - 12.9)
Встановлене передлежання плаценти	Тканина	12	(7.17 - 23)
Багатопліддя	Тонус	5	(3.0 - 6.6)
Прееклампсія / гестаційна гіпертензія	Тромбін	4	
Рекомендації: Наступні фактори виявляються суттєвим підвищенням частоти ППК:			
ПК в анамнезі	Тонус	3	
Ожиріння (ІМТ > 35)	Тонус	2	(1.24 - 2.17)
Анемія (<90 г/л)	-	2	(1.63 - 3.15)
Ургентний КР	Травма	4	(3,28 - 3,95)
Плановий КР	Травма	2	(2.18 - 2.80)
Затримка плаценти	Тканина	5	(3.36 - 7.87)
Медіолатеральна епізіотомія	Травма	5	
Тривалі пологи (> 12 годин)	Тонус	2	
Великий плід (>4 кг)	Тонус/ Травма	2	(1.38 - 2.60)

Таким чином, наведені в таблиці дані дозволяють практичному лікарю отримати відповіді на наступні запитання:

- Чи є у вагітної/роділлі фактори ризику післяпологової кровотечі та який механізм або комбінація механізмів (Тонус, Травма, Тканина, Тромбін) може бути задіяний у виникненні післяпологової кровотечі?
- Наскільки ризик післяпологової кровотечі є великим (кількісно)? Або у скільки разів існуючий фактор або фактори підвищують ризик кровотечі?

Профілактика ППК

- В антенатальному періоді:
 - підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік;
 - своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності.
 - оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.
 - **В терміні вагітності 37-38 тижнів:** уточнення наявних факторів ризику, визначення ступеня ризику АК, за показаннями - дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно з профільними фахівцями у разі наявності екстрагенітальної патології та лікарями акушерського стаціонару).
- В пологах:
 - Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, препаратів крові.
 - Раціональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.
 - У разі наявних факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (016-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТПП), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «**Нормальні пологи**».
 - Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу. Бережне відношення до тканин.

Консультація після проведення заходів щодо зупинення кровотечі та відновлення ОЦК

Принципи спілкування:

Відношення до пацієнтки має бути доброзичливим, уважним, підтримуючим. Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного.

Головними моментами консультування - є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я.

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 мультідисциплінарна 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 кровотрати 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 плода 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 плода) 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). Токотітики 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 кровотрата (оцінена від 250 до 1000 мл) - показання до ургентного розродження шляхом КР.
- Невідкладні організаційні заходи (див.вище) + замовити компоненти та препарати крові
- 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

Знеболювання

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

Спостереження

- 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 плоду) 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.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти - це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у I - II періодах пологів що призводить до кровотечі. Кровотеча може бути зовнішньою (вагінальна кровотеча) та внутрішньою (формування ретро- плацентарної гематоми). Частота 1-2% від всіх вагітностей.

Класифікація

(в залежності від ступеня відшарування плаценти)

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

Фактори ризику ПВНРП

- ПВНРП в попередній вагітності.
- Преєклампія.
- Полігідрамніон.
- Багатонароджуючі.
- Багатопліддя.
- Вік матері більше 40 років.
- Травма живота (падіння, ДТП, домашнє насильство).
- Куріння матері.
- Хімічна залежність (застосування наркотиків).
- Тривалий передчасний розрив плодових оболонок (внутрішньоматкова інфекція).
- Вади розвитку матки.
- Коротка пуповина.
- Швидка зміна маточного об'єму (передчасне відходження навколоплодних вод, народження першої дитини з двійні).
- Материнська тромбофілія.

Діференційна діагностика передлежання плаценти та ПВНРП

ПВНРП	Передлежання плаценти
Може бути пов'язана з гіпертензивними станами, переростяжінням матки, травмою живота	Наявна причина відсутня
Біль в животі та/або попереку, часто інтенсивна	Біль відсутня (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
Сердцебиття плоду може порушуватись або бути відсутнім	Сердцебиття 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	Трансвагінальне УЗД є точним

відшарування плаценти	методом діагностики передлежання плаценти
-----------------------	---

Допомога при відшаруванні плаценти у II періоді пологів - водночас з проведенням реанімаційних заходів:

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плоду - завершення пологів шляхом накладання вакуум-екстрактора або акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - терміновий кесарів розтин;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконують акушерський поворот з екстракцією плоду;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- ручна ревізія порожнини матки, вилучення згортків крові;
- утеротонічні засоби (окситоцин 10 ОД (на 500 мл фізіологічного розчину) в/в крапельно, 60 крапель/хв, ергометрин 0,5 мг, мізопростолу (800 мкг ректально), в разі наявності - карбетоцин 100 мкг в/в струминно);
- ретельне динамічне спостереження за станом матки у післяпологовому періоді.
- Якщо пацієнтка перенесла травму живота після 20 тижнів вагітності рекомендовано спостереження за нею протягом 4 годин після травми. При наявності кровотечі, скорочень матки (частіше ніж 1 скорочення за 10 хвилин) - тривалість спостереження продовжується, так як в 20% таких випадків спостерігається ПВНРП.
- Під час кесарева розтину в зв'язку з ПВНРП обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково- плацентарної апоплексії. В разі наявних ознак матки Кувелера з атонією матки під час кесарського розтину - екстирпація матки без додатків з матковими трубами. У разі невеликої площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру (1-2 см або одне - до 3 см), здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому; при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консилиум чергових лікарів вирішує питання про збереження матки (повідомлення адміністрації родопомічного закладу).
- Органозберігаючі операції в разі часткової матково-плацентарної апоплексії.
- Доцільним в даному випадку є застосування Карбетоцину (100 мкг в/в струминно) для профілактики атонії матки.
- Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин.
- У ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Допомога після розродження

- Спостереження та лікування в відділенні інтенсивної терапії.
- Лікування синдрому поліорганної недостатності (за потреби).

Передлежання плаценти

Передлежання плаценти - ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, 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.

Фактори ризику виникнення передлежання плаценти:

- 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

Класифікація передлежання плаценти

1. Повне передлежання - плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
2. Неповне передлежання - плацента частково перекриває внутрішнє вічко.
3. Крайове передлежання - край плаценти доходить до внутрішнього вічка.
4. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти у нижньому сегменті, нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.

У зв'язку з ростом матки зі збільшенням терміну вагітності, вид передлежання плаценти може змінюватись.

Клінічно можна думати про передлежання плаценти у жінок з вагінальною ковотечею після 20 тижнів вагітності. Високе розташування передлеглої частини, патологічне положення плода, відсутність болю або контактна кровотеча можуть свідчити про передлежання плаценти.

На сьогодні, класичне визначення типів передлежання плаценти, яке проводилось за допомогою пальцевого обстеження області внутрішнього вічка під час пологів (повне, неповне, крайове) є недопустимим. Чіткий діагноз має бути встановлений за допомогою УЗД.

Абдомінальне УЗД в 18-20 тижнів вагітності має виявити локалізацію плаценти. Лікар УЗД повинен зафіксувати відстань від краю плаценти до внутрішнього вічка шийки матки в міліметрах (в разі, коли край плаценти знаходиться на рівні внутрішнього вічка відстань дорівнює 0).

У разі, коли край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 26-28 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. При підтвердженні діагнозу передлежання плаценти, навіть за відсутності кровотечі, - госпіталізація в стаціонар до розродження.

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 разі відсутності клінічних

проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти показано повторне трансвагінальне УЗД дослідження.

В випадку, коли після 35-36 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка - з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35-36 тижнів вагітності (>0-20мм) 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 (істинне прирощення 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 площина)
- Підвищена васкуляризація (бокова площина)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площина).

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.

У разі ДК - допомога надається відповідно до акушерської ситуації (див. вище).

А.3.5.5. Кровотеча у послідовому та післяпологовому періодах

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

Причини:

- патологія прикріплення плацент.
- патологія виділення плаценти - защемлення плаценти.

Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти: повного чи часткового; істинного або хибного прирощення або пророщення плаценти або від затримки плаценти, що відокремилась у порожнині матки.

Клінічні прояви:

- Кровотеча, що розпочинається після народження дитини, або до народження посліду.
- Відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хвилин в разі АВТПП та очікуваної тактики ведення III періоду пологів може свідчити про патологію прикріплення плаценти. Але при появі кровотечі в разі АВТПП та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин необхідно термінове видалення посліду.

Кровотеча, пов'язана з патологією прикріплення або виділення плаценти

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Перевірка ознак відшарування плаценти.
2. При наявності ознак відшарування плаценти - застосування контрольованої тракції для народження плаценти.
3. В разі невдачі народження плаценти, шляхом контрольованої тракції внаслідок защемлення плаценти або відриву пуповини - ручне відділення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним знеболенням;
4. За відсутності кровотечі в разі порушення механізму відокремлення плаценти - невдала спроба ручного відокремлення плаценти під внутрішньовенним наркозом та встановлення діагнозу істинного прирощення плаценти. Не намагайтесь відривати частини плаценти - це може призвести до масивної неконтрольованої кровотечі за рахунок травми матки!
5. За умови неможливості відокремлення плаценти звичайними прийомами під час ручного обстеження порожнини матки та діагностування істинного прирощення або пророщення плаценти (рі. асгеїа/іисгеїа/регсгеїа) повного або часткового - негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

Післяпологова кровотеча

Шифр МКХ-10 - O 72

Післяпологова кровотеча(ППК) - кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода.

Фактори, які підвищують ризик ППК **представлені в таблиці 2 даного протоколу.**

Види післяпологових кровотеч:

- Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів. Приблизно 70% ранніх ПК пов'язані з атонією матки. Атонія матки - це неспроможність матки адекватно скоротитися після народження дитини.
- Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

Доказові методи профілактики ППК

АВТПП - зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення ППК **(А)**

Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в III періоді пологів у всіх роділь зменшує ризик розвитку ППК на 60% **(А)**.

Роділлям, які народили через природні родові шляхи, без факторів ризику ППК, окситоцин (10 МО внутрішньом'язево) є утеротонічним препаратом вибору для профілактики ППК в III періоді пологів **(А)**.

Карбетоцин на даний час не рекомендують для рутинного призначення в зв'язку з високою ціною.

У разі розродження шляхом кесарева розтину внутрішньовенне введення 10 МО окситоцину (шляхом повільної внутрішньовенної інфузії) необхідне з утеротонічною метою та для зменшення об'єму крововтрати (С). Для жінок з важкими кардіо-васкулярними захворюваннями введення окситоцину шляхом повільної інфузії низьких доз є більш безпечним, ніж болусне введення.

Синтометрин може застосовуватись в разі відсутності гіпертензивних порушень (наприклад, у випадках низьких показників гемоглобіну в антенатальному періоді), тому що він зменшує ризик невеликих кровотеч (500-1000 мл), але його призначення підвищує ризик блювання (С).

Мізопростол є менш ефективним ніж окситоцин, але може використовуватися в разі відсутності окситоцину (при народженні вдома) (А).

Усім жінкам з кесаревим розтином в анамнезі необхідно провести перед розродженням ультразвукове дослідження з метою встановлення локалізації плаценти. У разі наявності обладнання магнітно-резонансна томографія та сучасні ультразвукові технології можуть допомогти у встановленні діагнозу вродження плаценти (placenta accreta/percreta). (С)

Жінки з підозрою на placenta accreta/percreta мають дуже високий ризик розвитку масивної ППК. Якщо placenta accreta/percreta діагностовано антенатально, необхідно розробити план розродження мультидисциплінарно (акушер-гінеколог, анестезіолог, трансфузіолог), а в разі наявної екстрагенітальної патології - профільних фахівців. Необхідно підготувати достатню кількість одноступінчастої крові, свіжозамороженої плазми, тромбоцитів. Час та місце розродження мають бути обрані з урахуванням наявності та готовності персоналу та апаратури до проведення інтенсивної терапії. (С)

Наявні докази щодо профілактичної оклюзії або емболізації гіпогастральних артерій в наданні допомоги жінкам з placenta accreta/percreta сумнівні. Результати щодо профілактичної оклюзії артерій потребують на подальшу оцінку. (В)

Покрокова допомога в разі ППК (див. алгоритм)

1. **Визначення об'єму крововтрати** (об'єм крововтрати завжди недооцінюється, особливо у випадку хвилеподібної кровотечі невеликими порціями та в разі кровотрати за рахунок розривів пологових шляхів). В разі візуально оціненої крововтрати більше 500 мл доцільним є множення отриманого показника на 2-3 для адекватного планування допомоги. Найбільш доцільним є оцінка крововтрати за допомогою зважування.

2. **Покликати на допомогу** (заручитися підтримкою персоналу). В кожному ЗОЗ має бути локальний протокол, який визначає дії кожного члена команди в разі ургентного стану «Післяпологова кровотеча».

3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної **підтримки**, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.

4. АВС - діагностика

- Оцінка стану дихальних шляхів (А) та дихання (В) (в разі відсутності дихання розпочинайте респіраторну реанімацію)

У разі відсутності дихання, пульсу на центральних артеріях починати серцево-легенево-церебральну реанімацію за сучасним алгоритмом САВ, де С. Штучна підтримка кровообігу - непрямий масаж серця: частота компресії: 100 в 1 хв, відношення непрямий масаж серця-ШВЛ: = 30:2 А Відновлення прохідності дихальних шляхів

- очищення порожнини рота від патологічного вмісту, видалення з'ємних зубів

- закидання голови, висування нижньої щелепи, відкривання рота -

повітровод, ларингомаска, інкубація трахеї

-трахеостомія, крикоконікотомія

В. Штучна вентиляція легень

- методом: «рот до рота», мішком Амбу, респіратором
- екстрена оксигенація 100% киснем
- Оцінка циркуляції (С)- АТ, пульс (в разі відсутності пульсу, починайте кардіо- респіраторну реанімацію).
- Правило 3-ох катетерів:
 - забезпечення киснем (10-15 л/хв)
 - катетеризація 2-ох периферичних вен катетерами достатнього діаметру (016-18), а в разі необхідності венесекція або катетеризації центральної вени
 - катетеризація сечового міхура;
- Положення - на спині з піднятими нижніми кінцівками.
- Забезпечення зігрівання жінки.
- Терміново розпочати інфузійну терапію.
- Тимчасова зупинка крововтрати: абдомінальна компресія аорти, не пневматичні противошокові штанді.
- Клініко-лабораторне обстеження: група крові і КЬ-фактор, аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма, приліжковий тест, забір крові на сумісність.
- Замовлення препаратів крові.

5. Встановлення причини кровотечі (застосуйте підхід 4 Т для визначення механізму розвитку кровотечі. Більш ніж один патогенетичний механізм може обумовлювати розвиток ППК!).

Оцінка тонуусу матки

Якщо має місце порушення тонуусу матки:

- враховуючи, що в 70% випадків причиною ранньої ППК є атонія матки - розпочати терапевтичне введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.
- провести зовнішній масаж матки, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним знеболенням, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- застосування утеротоніків 2-ої - 3-ої лінії (ергометрин, простагландини, карбетоцин), в разі продовження кровотечі -
- бімануальний компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась -
- в умовах операційної застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин за необхідності), якщо кровотеча продовжується -
- при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла - лапаротомія (застосування органозберігаючих технологій - перев'язування магістральних судин (покрокова часткова деваскуляризація матки), компресійні шви на матку, білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (за наявності спеціаліста, який володіє методикою маніпуляції, або з заохоченням судинних хірургів), гістерктомія без додатків матки.

Якщо матка не визначається, або має неправильну форму, або спострігається за межами піхви

- діагностуйте виворіт матки. В разі вивороту матки - поверніть матку в нормальне положення. Не застосовуйте утеротоніки та не намагайтесь видалити плаценту до відновлення положення матки. Застосовують внутрішньовенне знеболювання (при можливості) або наркотичні анальгетики (продлонгація з репозицією неприпустима!).

- В разі вдачі - ручне відділення та виділення плаценти, призначення утеротоніків, профілактична антибіотикотерапія.

- В разі невдачі - гістеректомія.

Якщо матка щільна -

виключити травму:

- ручне обстеження порожнини матки з метою виключення розриву матки (особливо в разі відсутності реакції на струминне в/в введення розчинів). В разі розриву матки - негайна лапаротомія.

- ретельне обстеження з метою виключення травм (промежина, піхва, шийка матки). Ушивання розривів за умови якісного освітлення та допомоги асистента. Наявність травм є показанням і до призначення транексамової кислоти (1 г, повторити через 30 хвилин при необхідності).

У разі відсутності травми можливе порушення згортання крові

У разі виключення травм (включаючи розрив матки) - оцінка згортання крові за допомогою приліжкового тесту, час згортання крові, коагулограма (за можливості). У разі коагулопатії - алгоритм дій при синдромі ДВЗ (усунення фактору, що призвів до ДВЗ, підтримка адекватної перфузії органів та запобігання гіпоксії (трансфузія еритроцитарної маси), замісна терапія прокоагулянтами, в критичному стані - переливання свіжої донорської крові за рішенням консилиуму лікарів та повідомленням адміністрації ЗОЗ).

6. Постійний контроль стану породіллі, показників гемодинаміки та згортання крові. Документування події.

7. Призначення профілактичної антибіотикотерапії препаратами широкого спектру дії, в разі необхідності - терапія антибіотиками.

8. Спостереження у відділенні інтенсивної терапії впродовж 24 годин після стабілізації стану жінки (АТ не менше 100 мм рт ст, пульс - до 90/хвилину).

- контроль стану матки (в разі збереження);

- оцінка крововтрати;

- оцінка вітальних ознак: температура, пульс, дихання, АТ, загальний стан (колір шкірних покривів, рівень свідомості);

- забезпечення адекватного споживання рідини: після стабілізації стану - рекомендовано проводити в/в інфузію збалансованими сольовими розчинами. Об'єм та темп інфузії корегувати в залежності від наявності ускладнень вагітності (переклампсія), супутньої патології, рівня ЦВТ та погодинного діурезу;

- контроль виділення сечі;

- контроль ускладнень гемотрансфузії;

- документування стану жінки та терапії, що проводиться;

контроль рівня гемоглобіну та призначення препаратів заліза в разі необхідності.

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

Основні причини пізніх післяпологових кровотеч:

- затримка частин посліду;

- гнійно-септичні ускладнення післяпологового періоду;

- не діагностовані своєчасно гематоми піхви;

- розходження швів та рани матки (після кесаревого розтину або розриву матки).

- причини, не пов'язані з вагітністю та пологами (розрив варикозних вузлів вен піхви, рак шийки матки та ін.).

Алгоритм надання медичної допомоги:

1. Визначення об'єму крововтрати
2. **Покликати на допомогу** (заручитися підтримкою персоналу).
3. В разі збереження свідомості жінки - надання психологічної **підтримки**, пояснення стану та маніпуляцій, що проводяться.
4. **АВС реанімація** (дивись вище) незалежно від причини кровотечі! 5.3 метою **встановлення діагнозу** - огляд пологових шляхів.
6. В разі кровотечі внаслідок затримки частин посліду - мануальна (електрична) вакуум-аспірація під місцевою анестезією та в/в введенням розчину окситоцину (10 ОД/500мл. фізіологічного розчину). Запобігайте використанню інструментальної ревізії порожнини матки. Антибіотикотерапія.
7. В разі кровотечі на тлі післяпологового ендометриту - негайно розпочати антибактеріальну терапію препаратами 1-ї лінії (Ампіцилін + Гентаміцин + Метронідазол, або цефалоспорини 1-2 покоління) після швидкого введення розчину Рінгера. Ревізія порожнини матки - МВА має проводитися тільки за життєвими показаннями та тільки після введення антибіотиків.
- 8 В разі стабільного стану жінки, наявності невеликої кровотечі на фоні післяпологового ендометриту та затримки частин посліду (за даними УЗД) - антибіотикотерапія. При відсутності загрожуючої життю кровотечі, бажано проводити ревізію порожнини матки не раніше, ніж після введення другої дози антибактеріальних препаратів.
9. Кровотеча з гематоми піхви може потребувати на негайне оперативне втручання, включаючи білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (залучення судинного хірурга).
10. Кровотеча внаслідок розходження швів та рани матки потребує негайної лапаротомії.

Компресія черевної аорти

- застосуйте нисхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку;
 - точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше;
 - в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку;
- другою рукою пальпують пульс на стегновій артерії для оцінки ефективності компресії;
- якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.

Бімануальна компресія матки. Введіть одну руку у піхву і притисніть її до тіла матки. Іншу руку внутрішньою стороною долоні покладіть на живіт на дно матки і притисніть матку до лона як це показано на малюнку. Така бімануальна компресія запобігає продовженню післяпологової кровотечі за рахунок підвищення тонуусу матки і дає можливість значно зменшити крововтрату. Окрім того, вона дозволяє видалити сгортки крові з порожнини матки та встановити наявність ознак вивороту матки, прийняти рішення щодо необхідності ручної ревізії порожнини матки.

Балонна тампонада матки. Спеціальний балон або гумова перчатка прикріплена до урологічного катетеру вводяться в порожнину матки за допомогою вікончатого затискача (за межі внутрішнього вічка). За допомогою шприца балон (перчатка) заповнюється стерильним фізіологічним розчином в кількості 300-500 мл для забезпечення контр- тиску з метою припинення кровотечі. Інфузія окситоцину продовжується 24 години. В разі продовження кровотечі - додатково вводиться розчин в балон. В разі, якщо кровотеча зупинилась и жінка

скаржитися на біль - виводять 50-100 мл розчину. Призначають антибіотик. Балон залишають на 24 години. Потім поступово виводять розчин протягом 2 годин, після чого видаляють балон. В разі відновлення кровотечі під час дефляції балону - його знову наповнюють розчином та залишають на наступні 24 години.

Повний балон забезпечує ефект тампонади. Успіх оцінюють за зменшенням крововтрати з шийки матки. Показаний моніторний контроль за життєвими функціями організму. Продовження введення окситоцину є необхідним, щоб утримувати матку скороченою. Середня тривалість використання такого способу тампонади 24 год. Поступове зменшення об'єму балону забезпечує зменшення ризику відновлення кровотечі. Ефективність балонної тампонади - 77.5 - 88.8%, тобто в більшості випадків цей метод дозволяє запобігти подальшого хірургічного лікування. В разі продовження кровотечі після тампонади - уважно переоцініть наявність травм, або інших причин не пов'язаних з атонією матки.

Хірургічний гемостаз

Згідно сучасної концепції боротьби з післяпологовими кровотечами та рекомендацій ВООЗ, впровадження іноваційних технологій комплексного підходу до терапії післяпологових/інтраопераційних кровотеч пріоритетним має бути виконання органозберігаючих методів хірургічного гемостазу, особливо в разі виникнення атонічної кровотечі.

Методи хірургічного гемостазу

На сьогодні виділяють декілька методів хірургічного гемостазу щодо спинення масивної акушерської кровотечі (МАК) з виконанням поетапної часткової деваскуляризації матки, що мають чіткі показання. Необхідно відмітити, що видалення матки з метою зупинення кровотечі виконують тільки в разі неефективності застосування попередніх органозберігаючих методів та продовження кровотечі або в разі діагностування істинного **прирощення плаценти**. В цілому розрізняють наступні методи хірургічного гемостазу МАК:

- I. Двостороннє перев'язування маткових судин.
- II. Двостороннє перев'язування яєчникових судин.
- III. Накладання компресійних швів на матку.
- IV. Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.
- V. Радикальні операції (субтотальна або тотальна гістеректомія).

Накладання лігатур на маткові судини та яєчникові судини - є ефективними методами зупинення масивної післяпологової кровотечі. Існує декілька способів проведення цієї операції. Можливе окреме або сумісне перев'язування маткової артерії та вени. У разі кровотечі, що продовжується, та неефективності накладання першої лігатури можливе накладання другої лігатури нижче, з метою перев'язування нисхідної гілки маткової артерії. Але в цьому випадку слід пам'ятати про анатомічну близькість сечовода, який знаходиться параметрально на відстані 1,5-2,0 см на рівні внутрішнього вічка матки і має перехрест із загальним стовбуром маткової артерії. **Одностороннє накладання лігатур неефективне!** Для підсилення утеротонічного ефекту доцільно разом з білатеральним перев'язуванням маткових судин накладати лігатури на яєчникові судини з обох сторін.

Компресійні шви за Б-Лінч

В останні 10 років для зупинення післяпологової кровотечі стали широко використовувати компресійні шви на матку. Дві найбільш расповсюджені методики -це шви за Б-Лінч та множинні квадратні шви, описані Чо зі співавторами. Ефективність накладання компресійних швів складає 70-90%.

Показання до проведення гістеректомії

За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.

1. Патологія плацентації (placenta previa, placenta accreta, increta, percreta). Ця патологія зустрічається у жінок після попереднього розродження шляхом кесарева розтину, абортів, запальних процесів ендометрію. На сьогодні, це основне показання для радикальної операції.

2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з між'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера (Couvelaire).

3. Атонія матки не чутлива до утеротонічних препаратів та за відсутності ефекту від балонної тампонади, компресійних швів, перев'язування магістральних судин матки (маткових, яєчникових).

4. Розрив матки з відривом судин матки та масивною кровотечею. Надпіхвову ампутацію матки (субтотальну гістеректомію) виконують тільки в разі істинного прирощення плаценти без значної крововтрати та ДВЗ-синдрому. (Виключення становить передлежання плаценти: можливе прирощення плаценти до шийки матки з розвитком у післяопераційному періоді значної кровотечі з культі шийки матки).

В усіх інших випадках розвитку МАК стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів спинення кровотечі необхідно виконувати екстирпацію матки (тотальну гістеректомію) без додатків.

В разі неможливості негайно виконати гістеректомію (нестабільний стан пацієнтки, недостатня кваліфікація персоналу), після виконання лапаротомії для тимчасової зупинки кровотечі може застосовуватись тимчасове накладання катетера на матку.

Перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій (ПВКА)

Показання:

- Після гістеректомії - коли крововтрата продовжується.
- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі.
- Кровотеча з під листків широкої зв'язки матки, стінки тазу, параметральної клітковини.
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини.
- Розрив матки з відривом маткової артерії.
- Глибокі розриви ш. матки та склепінь піхви з технічними труднощами їх ушивання.

Основні етапи операції перев'язування внутрішніх клубових артерій інтраперитонеальним доступом наступні:

1. Лапаротомія - нижньо-середина або інтерліакальним розрізом.
2. Поздовжній розріз заднього листка парієтальної очеревини.
3. Дисекція внутрішньої клубової артерії.
4. Підведення лігатури під артерію.

Накладання лігатури на гіпогастральну артерію

Кровотеча після екстирпації матки

Найбільш частою причиною кровотечі після проведеної гістеректомії є коагулопатичні порушення або недостатній гемостаз після попередньої операції. Це може бути під час проведення екстирпації матки або в ранньому післяопераційному періоді, що призводить до необхідності виконання релапаротомії. В багатьох випадках необхідність релапаротомії викликана певними ятрогенними причинами, які пов'язані з неповним об'ємом хірургічного гемостазу, технічними недоліками виконання операції.

Під час релапаротомії потрібно забезпечити місцевий гемостаз, виконати туго тампонаду малого тазу та піхви з подальшою корекцією коагулопатичних порушень шляхом проведення ІТТ та введенням відповідних препаратів. За показаннями, в разі можливості, виконується перев'язування внутрішніх клубових артерій.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	Підготовчий етап		5 хв.
1. 2. 3. 4.	1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Кровотечі в 1 половині вагітності. 2. Основні причини кровотеч в 1 першій половині вагітності 3. Сутність невиношування вагітності. 4. Характеристика клінічних ознак невиношування вагітності. 5. Характеристика клінічних ознак ПВНRP 6. Тактика ведення вагітної з передлежанням плацентти 7. Фактори ризику виникнення невиношування вагітності. 8. Профілактика невиношування вагітності.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	Заключний етап		10 хв.

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

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики,пологова зала.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених 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» (передчасні пологи).
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. Визначення поняття патологічної кровотечі.
3. Фактори ризику післяпологової кровотечі.
4. Причини кровотеч в III періоді пологів.
5. Форми патологічного прикріплення плаценти.
6. Причини патологічного прикріплення плаценти.
7. Клініку патологічного прикріплення плаценти.
8. Причини, клініка затримки в матці частин плаценти.
9. Причини, клініка защемлення плаценти.
10. Лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в III періоді пологів.

Тестові завдання

1. Протягом 30 хвилин після народження плоду 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 та при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?

- A. Внутрішньовенно ввести окситоцин
- B. Застосувати спосіб Абуладзе
- C. Застосувати спосіб Креде-Лазаревича
- D. Провести кюретаж порожнини матки
- E. **Провести ручне відокремлення плаценти.**

2. При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3 см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

- A. **Ручна ревізія порожнини матки**
- B. Призначення утеротонічних препаратів
- C. Зовнішній масаж матки
- D. Нагляд за породіллею
- E. Інструментальна ревізія порожнини матки.

3. Роділля Н., з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом народила доношену дівчинку, масою 3100 гр. Ознаки відшарування посліду і кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні. Матка помірної щільності. Прошло 30 хв. Про яку патологію можна думати?

- A. **Справжнє прирощення плаценти.**
- B. Передлежання плаценти.
- C. Защемлення плаценти.
- D. Гіпотонія матки.
- E. Розрив матки.

4. Роділля Н., загальний стан задовільний. Народила доношену дівчинку, масою 3100гр. Ознаки відокремлення плаценти відсутні, кров'янисті виділення із статевих шляхів 150 мл. Матка помірної щільності. Яка патологія прикріплення плаценти імовірна?

- A. **Часткове щільне прикріплення плаценти.**
- B. Повне щільне прикріплення плаценти.
- C. Гіпертонус матки.
- D. Передлежання плаценти.
- E. Розрив матки.

5. У роділлі віком 25 років у III періоді пологів самостійно відокремився та виділився послід із ділянкою дефекту плацентарної тканини. Гемодинаміка породіллі стабільна. З пологових шляхів помірна кровотеча. При огляді пологових шляхів ушкоджень не виявлено. Тактика лікаря?

- A. **Ручна ревізія матки з наступним введенням утеротоніків.**
- B. Внутрішньовенне введення утеротоніків.
- C. Введення в заднє склепіння піхви тампона з ефіром.
- D. Накладення клем на параметрії.
- E. Гемотранфузія.

Ситуаційні задачі.

Задача 1.

Роділля Д., пологи другі термінові. Загальний стан задовільний. Народився хлопчик без асфіксії, масою 3200 гр. Ознаки відшарування плаценти відсутні, кровотеча досягла 300 мл. Діагноз? Які дії лікаря?

Задача 2.

Повторновагітна 25 років. У третьому періоді родів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність плаценти, що вросла в міометрій. Діагноз? Тактика лікаря?

Правильні відповіді:

1. Вагітність друга, пологи другі. Вчасні. III період пологів. Часткове щільне прикріплення чи прирощення плаценти. Кровотеча.

Тактика: Ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки.

2. Вагітність II, 40 тижнів. Пологи II, вчасні. Третій період пологів. Справжнє прирощення плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Лапаротомія, надпихова ампутація матки.

Методичну розробку семінарського заняття підготував к.мед.н 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.**

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<i>Підготовчий етап</i>		
1. 2. 3. 4.	Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 9. Кровотечі в 1 половині вагітності. 10. Основні причини кровотеч в 1 першій половині вагітності 11. Сутність невиношування вагітності. 12. Характеристика клінічних ознак невиношування вагітності. 13. Фактори ризику виникнення невиношування вагітності. 14. Профілактика невиношування вагітності.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	<i>Заключний етап</i>		
1. 2. 3.	Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики,пологова зала.

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

Рекомендована література (навчальна, наукова)

12. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
13. Макаров О.В.,Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.

14. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
15. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
16. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
17. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
18. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
19. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
20. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (передчасні пологи).
21. 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.
22. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

Питання

1. Що містить у собі поняття "невіношування вагітності", "самовільний аборт"?
2. Які причини невіношування вагітності?
3. Які фактори ризику невіношування вагітності?
4. Який патогенез невіношування вагітності?
5. Яка класифікація самовільних абортів?
6. Які клініка і методи діагностики загрозливого абортів?
7. Яка тактика ведення загрозливого абортів ?
8. Які методи лікування загрозливого абортів?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого абортів?
10. Які клініка і діагностика абортів в ході?
11. Яка тактика ведення абортів в ході?
12. Які клініка і діагностика неповного абортів?
13. Яка тактика ведення неповного абортів?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного абортів?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення абортів, що не відбулися?
16. Які методи реабілітації репродуктивної функції після мимовільного абортів?
17. Яке визначення поняття «звичний аборт»?
18. Який обсяг обстежень при звичному невіношуванні вагітності?
19. В чому полягає прегравідарна підготовка при звичному невіношуванні вагітності?
20. Які методи лікування звичного невіношування?
21. Які методи профілактики невіношування вагітності.

Тестові завдання

1.

Відбулися пологи живим плодом чоловічої статі, масою 3400 г, довжиною 52 см. Жінка під диспансерним наглядом не була. При огляді дитини виявлено: сироподібна змазка відсутня, шкіра суха, мацерована, на ступнях та долонях – поморщена, колір шкіри зеленуватий, кістки черепа щільні, шви та тім'ячка звужені, плацента з множинними кальцинатами. Який патологічний стан відмічається у даної дитини?

A Переношений плід.

B Асфіксія новонародженого.

- C* Вроджена вада розвитку
- D* Гемолітична хвороба новонародженого.
- E* Внутрішньоутробне інфікування плоду.

2.

У відділення патології вагітності поступила жінка 26 років. Вагітність перша. За останньою менструацією дата пологів була 15 днів тому. Відмічає зниження маси тіла до 1,5 кг протягом останнього тижня. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено: шийка матки відхилена дозад, довжина її збережена, щільна, зовнішнє вічко закрите. Через склепіння пальпуються щільні кістки черепа плоду. При проведенні УЗД виявлено маловоддя, хоріальна пластинка зазубрена, плацента потоншена, з множинними кальцинатами. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A* Переношена вагітність.
- B* Фетоплацентарна недостатність.
- C* Внутрішньоутробна гіпоксія плода.
- D* Внутрішньоутробне інфікування плоду.
- E* Гемолітична хвороба.

3.

В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 3 годин. Остання менструація 3 місяці тому. При вагінальному дослідженні виявлено: тіло матки відповідає 10 тижням вагітності, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, виділення кров'яністі незначні. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A* Міхуровий занесок.
- B* Викидень, що не відбувся.
- C* Викидень, що розпочався.
- D* Загроза самовільного викидня.
- E* Неповний викидень.

4.

В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева та в попереку. Термін вагітності – 16 тижнів. З анамнезу з'ясовано, що попередня вагітність закінчилась пізнім самовільним викиднем в 21 тиж. вагітності. За даними УЗД має місце фрагментарне потовщення міометрію, діаметр внутрішнього вічка 15 мм. Яка подальша тактика ведення вагітності?

- A* Накладання циркулярного шва на шийку матки.
- B* Магnezіальна терапія.
- C* Гормональна терапія.
- D* Спazмолітична терапія.
- E* Симптоматична, седативна терапія

5.

У гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги доставлена повторновагітна К. в терміні вагітності 8 тиж., 22р., зі скаргами на сильний переймоподібний біль низом черева та кров'яністі виділення із статевих шляхів, що з'явилися протягом 2 годин. З анамнезу: І-ша вагітність закінчилась мимовільним викиднем в 5-6 тиж., болі низом черева турбують кілька днів. Дані гінекологічного обстеження: шийка матки по центру, вкорочена до 1 см., зовнішнє вічко дещо відкрите, виділення кров'яністі значні. Попередній діагноз?

- A* Викидень, що розпочався
- B* Загроза мимовільного викидня.
- C* Викидень в ходу.

D Повний викидень

E Викидень, що не відбувся.

Ситуаційні задачі :

1.

В акушерський стаціонар поступила вагітна з терміном 34-35 тижнів зі скаргами на переймоподібний біль впродовж 10 годин, відходження навколоплідних вод 12 годин тому. З метою вибору подальшої тактики, вагітній проведено огляд в дзеркалах, КТГ. Вагінально: ш/матки довжиною до 1,5см пропускає 2 п/п, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, плідний міхур не палькується. **Поставте діагноз та складіть подальшу тактику ведення вагітності та пологів.**

2.

Вагітна 26р., вагітність IV, 32 тиж. Пологи III, I період пологів. Передчасне відходження навколоплідних вод. Пологова діяльність відсутня. В анамнезі двоє фізіологічних пологів, вага дітей 3900г та 4200г та один івня підлягає госпіталізації вагітна? **Скласти тактику ведення вагітносштучний аборт в терміні 9-10 тиж. Яка ваша тактика? В стаціонар якого рті та пологів.**

Методичну рекомендацію семінарського заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

5.01.2017

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

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

**Методична рекомендація переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____201__р.**