

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
З ЛІКАРЯМИ-КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ
«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Акушерський травматизм. Ведення в ЖК породіль із акушерськими травмами» (код курсу 5.2)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та 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

Розрив матки

Шифр МКХ-10 – О 71.0 – розрив матки до початку пологів

О 71.1 – розрив матки під час пологів

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

Класифікація розривів матки (Репіна М.А., 1984)

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народження плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при різних сполуках грубого втручання, морфологічних змінах міометрію та механічній перешкоді народженню плода).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.
2. Загрожуючий розрив матки.
3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив матки (не проникаючий у черевну порожнину).
2. Повний розрив матки (проникаючий у черевну порожнину).

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті матки:

- розрив передньої стінки;
- боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

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 (вужькому) 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 закінчились 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.

Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при диспропорції між плодом та тазом матері:

1. Надмірна пологова діяльність.

2. Недостатнє розслаблення матки після перейм.

3. Різко болісні перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегменту матки.

4. Болісність при пальпації нижнього сегменту матки.

5. Відсутність або надмірна конфігурація голівки плода.

6. Аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання).

7. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.

8. Непродуктивна потужна діяльність при повному або близькому до повного розкритті шийки матки, мимовільні потути при високо розташованій голівці плода.

9. набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.

10. Родова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого тазу.

11. Утруднене сечовипускання; при тривалому перебігу пологів – поява крові у сечі.

12. Матка у вигляді “пісочного годинника”.

13. Погіршення стану плода.

14. Кров`яні виділення із порожнини матки.

15. Позитивний симптом Генкель-Вастена.

Гістопатичні розриви матки відрізняються відсутністю чітких симптомів, “мовчазною” течією.

Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при морфологічних змінах міометрію (гістопатичного):

1. Патологічний “прелімінарний” період.
2. Слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від пологостимуляції.
3. Надмірна пологова діяльність після слабкості пологових сил у відповідь на пологостимулюючу терапію.
4. Можливий больовий синдром: поява постійних болів та локальна болісність після переймів у ділянці рубця на матці або нижнього сегменту, постійні болі неясної локалізації після переймів, які віддають у крижі; частіше – відсутність насторожуючого болю.
5. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.
6. Клінічні прояви інфекції в пологах (хоріонамніоніт, метрит).
7. Інтранатальна гіпоксія, антенатальна загибель плода.

Клінічні симптоми розриву матки:

1. Припинення пологової діяльності.
2. Зміна контурів та форми матки.
3. Больовий синдром: болі різноманітного характеру (ниючі, переймоподібні внизу живота та крижах; різкий біль, який виникає на висоті переймів; потуги, на тлі тривалих непродуктивних переймів при повному розкритті маткового зіву; при зміні положення тіла; розпираючі болі в животі; болі в епігастральній області при розриві матки в ділянці дна та труб, які нерідко супроводжуються нудотою, блюванням).
4. При пальпації живота відмічається різка загальна та локальна болісність; здуття.
5. Різкий біль при пальпації та зміщенні матки.
6. Поява різкоболісного утворення по ребру або над лоном (гематома).
7. Симптом “перекритого дна” матки.
8. Народження плода в черевну порожнину – пальпація його частин через черевну стінку.
9. Симптоми подразнення очеревини.
10. Зовнішня, внутрішня або комбінована кровотеча.
11. Зростання симптомів геморагічного шоку.
12. Внутрішньоутробна загибель плода.

Симптоми розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

1. Помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів.
2. Інколи відсутні ознаки відділення плаценти.
3. Виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки.
4. Можливо здуття живота, нудота, блювання.
5. Дно матки не контурується (симптом “перекритого дна матки”), так як перекрите здутими петлями кишківника.
6. Симптоми геморагічного шоку різного ступеня.
7. Пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома).
8. Гіпертермія.

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 стоянні 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, дренування 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 дренування 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.

Розриви промежини

Шифр МКХ-10 – O 70 – розрив промежини при розродженні

- O 70.0 – розрив промежини I ступеня під час розродження

- O 70.1 – розрив промежини II ступеня під час розродження

- O 70.2 – розрив промежини III ступеня під час розродження

- O 70.3 – розрив промежини IV ступеня під час розродження

- O70.9 – розрив промежини під час розродження, неуточнений

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 послідувальною 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

Шифр МКХ-10 – О 71.3 – акушерський розрив 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

Шифр МКХ-10 – О 71.4 – акушерський розрив лише верхнього відділу 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

Шифр МКХ-10 – О 71.7 – акушерська гематома тазу

О 71.8 – інші уточнені акушерські травми

Діагностичні критерії:

- при огляді – пухлиноподібне утворення, синьо-багрового забарвлення;

- при гематомі вульви- великі та малі губи набрякли, 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 дренивання для профілактики інфікування . Не доцільно розтинати світлу гематому, випорожнити її (відрив тромбів при затромбованих судинах відновить кровотечу). При інфікуванні гематоми – розтинання, дренивання, призначення антибіотиків.

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.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації. Провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного курсанта на контрольне запитання	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Класифікація, клініка, діагностика пологового травматизму 2. Лікування та профілактика пологового травматизму.	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, 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 повздовжнє, 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.Роділля, 28 років, доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологі перші. Розміри таза: 23-25-28-18 см. Ознака Генкель-Вастена позитивна. Роділля збуджена, живіт напружений, болісний в нижніх відділах. Контракційне кільце на рівні

пупка, розташоване косо. Голівка плода притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плоду 140/хв. Яке ускладнення виникло у роділлі?

- A** * Загрозливий розрив матки
- B** Завершений розрив матки
- C** Розпочатий розрив матки
- D** Надмірна пологова діяльність
- E** Дискоординація пологової діяльності

3. У першовагітної 27 років вагітність 39-40 тиж положення плоду поздовжнє, голівка притиснута до площини входу в малий таз. Розміри тазу 23-26-29-18. Перейми болючі, тривалість 10 годин, навколоплідні води відійшли 2 години тому, роділля неспокійна. Серцебиття плоду ритмічне 160/хв. При зовнішньому акушерському обстеженні встановлено: контракційне кільце розташоване косо, знаходиться вище пупа, ознака Вастена позитивна, матка в нижньому сегменті різко болюча, круглі зв'язки матки напружені. Про яку патологію слід думати?

- A** * Загроза розриву матки
- B** Дискоординована пологова діяльність
- C** Передчасне відшарування плаценти
- D** Розрив матки, що відбувся
- E** Слабкість пологової діяльності

4. Роділлі 23 роки. Вагітність 39-40 тижнів, положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 24-25-29-18. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже болісні, роділля веде себе дуже неспокійно. Води відійшли 2 години тому. При зовнішньому обстеженні пальпується контракційне кільце на 2 пальця вище пупка, ознака Генкеля-Вастена позитивна. Серцебиття плоду 160/хв, глухе. При внутрішньому дослідженні: плідний міхур відсутній, відкриття шийки матки 9 см, передлежить голівка, пальпується велике тім'ячко. Голівка притиснута до входу в малий таз. Який найбільш імовірний діагноз?

- A** * Загрозливий розрив матки
- B** Завершений розрив матки
- C** Дискоординована пологова діяльність
- D** Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- E** Тетанус матки

5. 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 плоду 60/хв. Який діагноз є найвірогіднішим?

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