

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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
практичного заняття для лікарів-курсантів циклу тематичного
удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Кровотечі в III періоді пологів Клініка, діагностика, невідкладна допомога (код курсу 2.3)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

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 несвочасної 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.

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія кровообігу.
2. Типи плацентації.
3. Особливості матково-плацентарного кровообігу
4. Васкуляризація матки

III. Об'єм нової інформації

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.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

№п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням	45
3.	Опанування практичних навичок	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач	20
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі	15

	заняття	
6.	Підсумок заняття	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологова зала.
5. Відділення ВАІТ.
6. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України №205 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (Ведення вагітності у жінок з кривотечею).
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів .

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Поставити правильно діагноз при кривотечі в III і післяпологовому періодах.		+	
2.	Оцінити об'єм крововтрати.		+	
3.	Показати на фантомі методи зупинки кривотечі в III періоді пологів.		+	
4.	Показати на фантомі техніку ручного видалення плаценти і обстеження порожнини матки.		+	
5.	Скласти план відновлення ОЦК.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення поняття «акушерські кривотечі».
2. Визначення поняття патологічної кривотечі.
3. Фактори ризику післяпологової кривотечі.
4. Причини кривотеч 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 кривотечею в III періоді пологів.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
2. Скласти план обстеження при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
3. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
4. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у III та ранньому післяпологовому періодах.
5. Оцінювати фактори ризику акушерських кровотеч.
6. Проводити діагностику акушерських кровотеч.
7. Визначати обсяг крововтрати.
8. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику по акушерським кровотечам.

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 відтінок 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. Пройшло 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, надпихвова ампутація матки.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

КРОВОТЕЧІ В III ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- защемлення плаценти.

Слід відмітити, що частою причиною кровотечі в послідовому періоді є затримка в матці плаценти, її частини, додаткової частки, 2/3 оболонок. В свою чергу причиною затримки в матці посліду та його частини можуть бути фактори, що знижують тонус матки та її скоротливу здатність.

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві **форми патологічного прикріплення** плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adgerens)* - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.
- *прирощення плаценти (placenta accretae, incretata, percretae)* - таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

- *placenta incgetae* - ворсини врастають у м'язовий шар матки;
- *placenta peggetae* - ворсини проростають і м'язовий, і серозний шари матки.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

- *повним* - якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;
- *частковим* - якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок з плацентарною площадкою.

Причини патології прикріплення плаценти обумовлені факторами, які можна розділити на наступні групи:

- 1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;
- 2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;
- 3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

Затримка в матці частин плаценти та оболонок

Причиною затримки в матці частин плаценти та оболонок є недостатня скоротлива активність матки і м'язів черевної стінки. Цьому сприяє переповнення сечового міхура, перерозтягнення матки в разі багатоводдя чи багатоплідної вагітності, передчасні або запізнілі пологи, первинна або вторинна слабкість пологової діяльності, стомлення жінки.

Клінічні ознаки затримки в матці частин плаценти та оболонок.

У разі затримки частин плаценти та оболонок в порожнині матки, кровотеча розпочинається відразу після народження посліду. При огляді посліду на материнській її стороні можуть виявлятися дефекти плацентарної тканини. Якщо мала місце додаткова частка плаценти, то на плодовій поверхні можна помітити «розірвані судини».

Защемлення плаценти, що відділилася

Причини защемлення плаценти. Защемлення плаценти, що відділилася, може відбуватися за рахунок спазму ділянки трубного кута або вічка шийки матки. Причиною такого стану є нерівномірне скорочення матки внаслідок її грубого масажу, намагання вижимання посліду. Це призводить до судомного скорочення окремих м'язів, нерівномірного відділення плаценти, кровотечі.

Клінічна картина защемлення плаценти. Про защемлення плаценти в шийці матки слід думати у разі, коли кровотеча розпочинається після народження дитини при позитивних ознаках відокремлення плаценти, але без її виділення. При огляді живота в разі защемлення плаценти в трубному куті, визначається вип'ячування, відділене перетяжкою від іншої частини тіла матки. В разі защемлення плаценти, в результаті спазму циркуляторної мускулатури внутрішнього вічка, матка набуває форми пісочного годинника. Якщо відбулося відділення плаценти і її затримка в порожнині матки без защемлення, то матка має усі ознаки відділення плаценти.

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

зашемлення 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 (pl. accreta/increta/percreta) повного або часткового – негайна лапаротомія з проведенням гістеректомії.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Ліхачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
4. 9. Ліхачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі».
8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Методичну розробку практичного 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.