

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 ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

| | |
|----------------------|--|
| Навчальна дисципліна | Акушерство і гінекологія |
| Тема: | Пологовий травматизм (код курсу 4.2.5) |
| Курс | Передатестаційний цикл |
| Факультет | Післядипломної освіти |
| Спеціальність | Акушерство і гінекологія |

Полтава

I. Мета заняття

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. Об'єм повторної інформації

1. Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Біомеханізм пологів при потиличному передлежанні.
4. Фармакодинаміка препаратів, які впливають на м'язи матки.
5. Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення.
6. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.
7. Оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття пологовий травматизм.
2. Етіологія 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.

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 інтернів по темі заняття. | 15 |
| 6. | Підсумок заняття. | 5 |

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (Ведення вагітності у жінок з імунологічними конфліктами).
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

| № п/п | Назва практичних навичок | Ступінь засвоєння | | |
|-------|---|-------------------|-------|-------|
| | | ознай | опан. | овол. |
| 1. | Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку пологового травматизму | | + | |
| 2. | Оцінити характер пологової травми | | + | |
| 3. | Скласти план ведення пологів при різних видах пологової травми. | | + | |
| 4. | Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки | | + | |
| 5. | Продемонструвати на фантомах методику відновлення цілісності пологових шляхів | | + | |

VII. 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 пологовий травматизм.
2. Етіологія 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.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку пологового травматизму .
2. Оцінити характер пологової травми.
3. Скласти план ведення пологів при різних видах пологової травматизми.
4. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

Тестові завдання

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

A *Загрожуючий розрив матки.

B Розрив матки який здійснився.

C Дискоординована пологова діяльність.

D Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

E Нормальні пологи

2.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 плода 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 її плаценти
- D** Передлежання пуповини

Ситуаційні задачі :

1. Повторнонароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останні 50 хв голівка плоду знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2—4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плоду приглушене, 160 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плоду у вузькій частині порожнини таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко біля лона зліва.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

Другі пологи, II період пологів, головне передлежання, слабкість пологової діяльності, дистрес плоду. Акушерські щипці.

2. Пологи другі. Вагітність 40 тижнів. Перейми почались 10 годин тому, тоді ж відійшли навколоплідні води. Розміри таза нормальні. Серцебиття плода — 148 ударів за хвилину, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Стан роділлі задовільний. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття - 3 см, плідний міхур відсутній. Поступово перейми стають слабкими, короткими.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

Другі пологи, I період пологів, головне передлежання, раннє відходження навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності (уповільнена латентна фаза). Родопосилення.

Роділля 30-ти років доставлена до пологового будинку зі скаргами на різко болючі, регулярні перейми по 25-30 секунд, кожні 1,5-2 хвилини. Пологова діяльність розпочалася 6 годин тому. Матка в підвищеному тонусі. Голівка плоду - над входом в малий таз. Серцебиття плоду - 136/хв. P.V: відкриття шийки матки 4 см, маткове вічко спазмується на висоті переймів. Голівка у площині входу в малий таз, відштовхується.

Який найбільш вірогідний діагноз?

Першовагітна, 24 років з нормальним тазом і доношеною вагітністю. Після нормальної пологової діяльності перейми стали слабкішими, малоефективними. Вагінальне дослідження: повне розкриття шийки матки, голівка плоду великим сегментом у вході в малий таз. Плідний міхур відсутній. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 130 уд/хв.

Призначити лікування.

Роділля Л, 30 років, поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю і переймами, які почалися 20 годин тому. Дана вагітність перша, протікала без ускладнень. Роділля втомлена, апатична, в проміжках між переймами дрімає. Загальний стан задовільний. Перейми через 8-10 хв, слабкі короткі. Живіт овальної форми, положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода ясне ритмічне, частота 132 в 1 хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 2 поперечних пальця. Плідний міхур цілий, під час перейми наливається. Голівка плоду малим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов в лівому косому, майже поперечному розмірі таза. Мис крижа не досягається. Окситоцинова проба негативна.

Якє ускладнення пологів? Тактика лікаря?

VIII. Методичні матеріали до практичного 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 розроджувачих 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 стоянні);
- при патологічному положенні плода (поперечному, косому);
- при звуженому (вузькому) тазі роділлі;
- при поєднанні звуженого тазу та збільшеної маси плода;
- при застосуванні засобів, що скорочують матку (окситоцину, простагландинів) у вагітних: з рубцем на матці, на тлі морфологічних змін стінки матки, на тлі цілого навколоплідного міхура, при багатоводді, багатоплідній вагітності, після багаточисельних абортів, пологів;

- при анатомічних змінах шийки матки внаслідок рубців після діатермокоагуляції, кріодеструкції, пластичних операцій;

- при пухлинах матки, що блокують вихід з малого тазу.

Якщо у вагітних з рубцем на матці пологи 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 потуги 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 загрожуємого розриву матки при морфологічних змінах міометрію (гістопатичного):

1. Патологічний “прелімінальний” 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, дренажування 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 дренажування 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.

Дренажування 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 дренивання.

- у післяопераційному періоді проводиться протишокова, інфузійно-трансфузійна та антибактеріальна терапія, профілактика тромбоемболічних ускладнень.

Розриви промежини

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

О 70.0 – розрив промежини I ступеня під час розродження

О 70.1 – розрив промежини II ступеня під час розродження

О 70.2 – розрив промежини III ступеня під час розродження

О 70.3 – розрив промежини IV ступеня під час розродження

О 70.9 – розрив промежини під час розродження, не уточнений

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 набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- найчастіше є симптомом не діагностованого у пологах розриву матки;
- при невеликих за розміром гематомах немає суб'єктивних відчуттів;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, печучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;
- при інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, підвищення температури тіла із зниженням її в ранковий час (гектичний тип температури), в крові – лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Лікування

При невеликих та не прогресуючих у розмірах гематомах, відсутності ознак інфікування: – ліжковий режим, холод, кровозупиняючі засоби, прошивання Z-образним швом або обшивання гематом безперервним швом, антибактеріальна терапія.

При великих за розміром гематомах:

- стежити за верхнім рівнем гематоми через черевну стінку методом глибокої пальпації при швидко зростаючих гематомах .

- при її зростанні, та збільшенні анемізації, ознак геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренажування для профілактики інфікування . Не доцільно розтинати

світлу гематому, випорожнити її (відрив тромбів при затромбованих судинах відновить кровотечу). При інфікуванні гематоми – розтинання, дренивання, призначення антибіотиків.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Медицина неотложных состояний / Д. М. Катерино, С. Кахан; Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 336 с.
2. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов / В поддержку Инициативы „Безопасное материнство”. Стратегия ВОЗ по обеспечению безопасной беременности / Редактор русского издания Могилевкина И.А. – Женева, 2002. – 303 с.
3. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.
4. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
5. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период. – М.: Гэотар-Медиа, 2006. – 272 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Заболотная А.В. Безопасное материнство. Руководство для врачей/ Под ред. проф. Сенчука А.Я. – Нежин: Гидромакс, 2008. –180 с.
8. Голяновский О. Органосохраняющие методики при массивных акушерских кровотечениях // З турботою про жінку. – 2008. – № 5. – С. 19-21.
9. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (пологовий травматизм).
10. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
11. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

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 і доповнена „_____” _____201__р.