

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Акушерський травматизм (код курсу 11.1)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення, погіршують якість життя.

Акушерський травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

Розрив матки - надзвичайно тяжка акушерська патологія, що супроводжується інвалідизацією і високою материнською, перинатальною смертністю: материнська летальність при розриві матки досягає 12-18 %, загибель плода – 35-40%.

Проблемі вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки. Розриви матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Визначення поняття «акушерський травматизм».
2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.
3. Етіологію травм , шийки матки, піхви, промежини.
4. Клініку, діагностику, лікування травм зовнішніх статевих органів
5. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів шийки матки.
6. Клініку, діагностику, лікування розривів піхви, гематом піхви.
7. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів промежини.
8. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику розривів матки;
9. Клініку, діагностику, акушерську тактику при загрозі розриву матки, профілактику цього ускладнення.
10. Клініку, діагностику, акушерську тактику при завершеному розриві матки, профілактику цього ускладнення.
11. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику післяпологового вивороту матки.
12. Клініку, діагностику, акушерську тактику при післяпологовому вивороті матки, профілактику цього ускладнення.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розродження жінок з рубцем на матці потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	Виміряти зовнішні розміри тазу. Встановити рівень контракційного кільця
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Оглянути та зашити родові шляхи на муляжі. Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Відібрати вагітних грипи високого ризику розриву матки	Провести фізикальне обстеження вагітної та стан плода.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вузький таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плода за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму, розпізнати ознаки загрози розриву матки

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	<p>Підготовчий етап</p> <p>Визначення актуальності теми</p> <p>Визначення навчальних цілей лекції</p> <p>Забезпечення позитивної мотивації</p>	<p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p> <p>Навчальні цілі лекції.</p> <p>Навчально-методичне обґрунтування теми.</p>	5 хв.
2.	<p>Основний етап</p> <p>Викладення лекційного матеріалу за планом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Визначення поняття «акушерський травматизм». 2.Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом. 3.Етіологію травм , шийки матки, піхви, промежини. 4.Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів шийки матки. 5.Клініку, діагностику, лікування розривів піхви, гематом піхви. 6.Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів промежини. 7.Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику розривів матки; 8.Клініку, діагностику, акушерську тактику при загрозі розриву матки, профілактику цього ускладнення. 9.Клініку, діагностику, акушерську тактику при завершеному розриві матки, профілактику цього ускладнення. 10.Алгоритм дій лікаря при загрозі розриву матки та при повному розриві матки. 	<p>Тематична клінічна лекція з елементами проблемності.</p> <p>Мультимедійний супровід.</p>	75 хв.
1. 2. 3.	<p>Заключний етап</p> <p>1. Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання</p> <p>3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу.

Акушерський травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

Класифікація

I. За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Розриви піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерська травма кісткового тазу.

II. За патогенезом:

1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

Розриви шийки матки.

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви (*rupturacoliuteri*) – можуть бути від поверхневих до глибоких і супроводжуватись кровотечею.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- спонтанні (мимовільні);
- насильні.

II. За ступенем тяжкості (за І.Ф. Жорданія):

- 1-й ступінь – довжина рани до 2см (1/3 довжини шийки);
- 2-й ступінь – розрив перевищує 2см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;
- 3-й ступінь – розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрію, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка. Основним клінічним симптомом розриву шийки матки є кровотеча яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров може текти струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностика. Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах. Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно враховувати при ушиванні розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Важливо оголити верхній край рани з боку *porciovaginalis* і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1.0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші – на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани.

Профілактика розриву шийки матки полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування засобів для знеболювання пологів).

Розриви піхви

Розриви піхви (rupturecolpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colporogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

Гематоми вульви, піхви.

Гематоми вульви та піхви (hematomevulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія. Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:

- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка. Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації процесу, об'єму та швидкості наповнення.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Діагностика.

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

Лікування. Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дреновують. На тканини накладають шви, тампонують піхву, прикладають пузир з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в

топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепаровування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом на 30-40 хвилин. У тяжких випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невдалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що сприяє розвитку генітального пролапсу. Розриви промежини трапляються в середньому в 7% пологів.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної техніки «захисту» промежини;
- мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

1. Розрив *1-го ступеня* – розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2см), не ушкоджується м'язовий шар промежини.
2. Розрив *2-го ступеня* - ушкодження шкіри та м'язів промежини (centrumtendineumperinei, musculusbulbocavernosus, musculussuperficialisetprofundus), стінки піхви.
3. Розрив *3-го ступеня неповний* – крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (musculussphincteraniexternus).
Розрив *3-го ступеня повний* – крім розривів шкіри, м'язів промежини, зовнішнього сфінктера прямої кишки відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.

За класифікацією МКХ-10 розрив «3-го ступеня повний» класифікується як розрив 4-го ступеня.

Окремо вирізняють *центральный* розрив промежини (rupturaperineacentralis) – несправжній (artificialis) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика.

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;
- набряк та своєрідний блиск промежини з наступною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;

- кровотеча із рани.

Лікування.

Розрив промежини зашивають після народження дитини, відходження посліду й огляду пологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1-2 ступеня, загальної анестезії – при ушиванні розривів 3 ступеня;
- висікання розмічених тканин;
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.
- Особливості накладання швів при неповному розриві промежини 3-го ступеня:
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім відновлення цілості сфінктера, в кінці ушивання тканин промежини.

Особливості накладання швів при повному розриві промежини 3-го ступеня (4-го ступеня по МКХ-10):

- накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки (вузлуватими швами, занурюючи їх в просвіт кишки), потім ушивання сфінктера прямої кишки вузлуватими швами;
- накладання безперервного шва на задню стінку піхви;
- накладання швів на м'язи тазового дна (ніжки леваторів ушивають окремими швами);
- ушивання шкіри промежини.

Особливості догляду після ушивання травм промежини:

- обробка швів промежини 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації;
- застосування для обробки швів розчину калію перманганату або 1% розчину брильянтової зелені;
- ультрафіолетове опромінення рани.

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітності та пологів, своєчасну епізіотомію за згодою роділлі у разі наявності клінічних ознак загрози розриву промежини, а також при акушерських операціях (вакуум екстракції плода, накладання акушерських щипців тощо).

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 матки

Розривом матки (rupturauteri) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Етіологія і патогенез

До **групи ризику** розриву матки під час вагітності та пологів належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народили багато разів.

До групи ризику розриву матки під час пологів належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плодом великої маси;
- з пере розтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантілізм тощо)

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

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню 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 застосуванні розроджуючих операцій на фоні морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:

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

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив.
2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:
 - 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.

Клініка розриву матки

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки – процес, що передує клінічним ознакам загрози розриву матки, більш властивий жінкам групи високого ризику розриву матки (див. вище).

Симптоми анатомо – функціональної неповноцінності рубця :

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при УДЗ - товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, балоноподібна форма.

Загроза розриву матки під час пологів.

Класичний симптомокомплекс при диспропорції між розмірами плода і таза матері, описаний Бандлем.

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «пісочного годинника»;
- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглої частині плода над входом до малого тазу;
- перейми з виразним судомним скороченням матки;
- серцебиття плода ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини), утруднене сечовипускання;
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель – Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого таза.

Симптомокомплекс гістопатичного (при морфологічних змінах міометрія) розриву матки характеризуються атиповими проявами:

- патологічний «прелімінарний» період;
- слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від родостимуляції;
- посилення і без того сильного болю в животі між переймами і потугами;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод;
- клінічні прояви інфекції в пологах;
- домішки крові в сечі;
- прогресуючий дисстрес плода.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах :

- «кинджальний» біль у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- наростають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;

- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- зовнішня кровотеча;
- загибель плода.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

- плід знаходиться в порожнині матки;
- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми – біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, попереку;
- наростають клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (час після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді, корпоральний кесарів розтин та ін.);
- наявність симптомів неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності;
- розрив матки при цілому плодовому міхурі;
- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плоду не просувається; пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординації;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним.

Ознаки розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;
- інколи відсутні ознаки відокремлення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливо здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

У практичній медицині трапляються випадки ***нерозпізнаного розриву матки***, коли дана патологія діагностується на 2-гу – 3-тю добу після пологів при наростанні явищ акушерського перитоніту.

Алгоритм дії лікаря

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I-II ст. та великої маси плоду (3800 г і більше);
- поперечному, косому положенні плода;
- вузькому тазі III-IV ст.;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами;

- рубцевих змінах шийки матки, піхви.

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при :

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- клінічно вузькому тазі.

Акушерська тактика при ознаках загрожуєчого розриву матки:

- пологова діяльність припиняється (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики);
- вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершують оперативним шляхом.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся

Клінічні ознаки розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі різко погіршує її стан.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування ургентних «реанімаційних заходів»:

- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини, дренивання черевної порожнини;
- забезпечення інфузійно-трансфузійної терапії, адекватної розміру крововтрати та корекція порушень гемо коагуляції;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, реабілітаційних заходів.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надпівкової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною кровотечею без ознак синдрому ДВС 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 хоріонамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній кровотраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

1. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
2. Яка класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікацію пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?
5. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
6. Яка класифікація розривів промежини?
7. Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?
8. Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?
9. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?
10. Яка класифікація розривів шийки матки?
11. Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?
12. Які етіологію і патогенез розривів матки?
13. Яка класифікація розривів матки?
14. Які клініка і діагностика загрози розриву матки?
15. Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?
16. Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?
17. Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?
18. Яка профілактика розриву матки?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Оцінювати фактори ризику акушерського травматизму.
2. Прогнозувати ризик акушерського травматизму.
3. Скласти план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.
4. Оцінювати стан промежини в 2 періоді пологів.
5. Проводити профілактику розривів промежини.
6. Провести огляд пологових шляхів.
7. Провести ушивання розриву шийки матки I-II ступеня.
8. Провести ушивання розривів піхви.
9. Накладати шви при розриві промежині 1-2 ступеня.
10. Виконувати перінеотомію, епізіотомію, -ррафію.
11. Розпізнавати клінічні ознаки загрози розриву матки.
12. Розпізнавати клінічні ознаки завершеного розриву матки.

Тестові завдання

1. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки

матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння. Який діагноз?

- A. Розрив шийки матки I ступеню
- B. *Розрив шийки матки II ступеню*
- C. Розрив шийки матки III ступеню
- D. Розрив шийки матки IV ступеню

2.

Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня. Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?

- A. Шкіра промежини
- B. Бічна стінка піхви
- C. М'язи промежини
- D. * Слизова оболонка прямої кишки

3.

Породілля 25 років народила живого хлопчика вагою 4000,0. Плацента та оболонки цілі. У післяпологовому періоді помірна кровотеча з пологових шляхів. Під час інструментального огляду пологових шляхів відмічається розрив шийки матки II ступеню ліворуч. Тактика лікаря.

- A. *Ушивання розриву шийки матки
- B. Утеротонічні засоби
- C. Тампон з ефіром в заднєсклепіння піхви
- D. Пузир з льодом на низ живота
- E. Пузир з льодом на низ живота

4.

Породілля С. 20 років, перші термінові пологи. З анамнезу - ерозія шийки матки. Перший період пологів тривав 4 години, потужний період тривав 30 хв. Ознак гіпоксії плода не було. Народився хлопчик вагою 3 800, ріст - 52 см. III період пологів без особливостей, матка скорочена, щільна. Із родових шляхів спостерігаються кров'янисті виділення, які з'явилися ще в I періоді пологів. На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?

- A. * Розрив шийки матки.
- B. Передчасне відшарування плаценти
- C. Передлягання плаценти
- D. Розрив матки, що стався
- E. Гіпотонічна кровотеча

5.

Першороділля 18 років доставлена в пологовий будинок у тяжкому стані після пологів надому. Скарги на біль внизу живота. Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита холодним потом. Рс-110/хв., АТ- 90/50 мм.рт.ст., t- 36,4⁰С. При пальпації живота різко болючість внизу, в ділянці входу в малий таз - воронкоподібне заглиблення, щовходить у порожнину тазу. Поза статевою щільною спереду статевих органів визначається як ульоподібне утворення якої консистенції, червоно-фіолетового кольору. У центральній ділянці - плацента з пуповиною, на боковій поверхні - кровоточивість. Діагноз?

- A. * Повний виворот матки. Травматичний шок.
- B. Розрив матки. Травматичний шок.
- C. Розрив шийки матки. Травматичний шок.
- D. Матка Кувелера. Травматичний шок.
- E. Дефект плаценти. Травматичний шок.

6.

Після народження плода у першородячої відмічаються помірні кров'янисті виділення з піхви при відсутності ознак відокремлення плаценти. Через 5 хв самостійно відокремилась і народилась плацента без дефектів. Крововтрата 100 мл. Матка добре скоротилась, але

кров'янисті виділення з невеликими згортками крові тривають. Вкажіть можливу причину кровотечі:

- A. Гіпотонія матки
- B. *Розрив шийки матки або піхви
- C. Залишки плацентарної тканини в матці
- D. Порушення коагуляції крові
- E. Розрив матки

7.

Повторнороділля 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний різкучий біль в животі. Перейми продовжуються 6 годин. В анамнезі аборт з перфорацією стінки матки. Жіночу консультацію під час вагітності не відвідувала. Шкірні покриви бліді, вологі. Артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 уд/хв.. Контури матки нечіткі, під передньою черевною стінкою палькується голівка плоду. Серцебиття плоду не прослуховується. Яка найвірогідніша причина розриву матки?

- A. Рубець на матці після перфорації*
- B. Анатомічно вузький таз
- C. Великий плід
- D. Переношена вагітність

8.

Першовагітна 32 років. Початок II періодупологів. Різкоболісність у нижньомусегментіматки. Матка набула форму "пісочногогодинника". 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. *Загрозливий розрив матки.
- B. Розрив матки який здійснився.
- C. Дискоординована пологова діяльність.
- D. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- E. Нормальні пологи

9.

Роділля, 28 років, доставлена до пологового будинку з бурхливою пологовою діяльністю. Пологи 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 уроділлі?

- A. * Загрозливий розрив матки
- B. Завершений розрив матки
- C. Розрив матки, що розпочався
- D. Надмірна пологова діяльність
- E. Дискоординація пологової діяльності

10.

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

- A. * Розрив матки
- B. Передлежання плаценти
- C. Відшарування плаценти
- D. Передлежання пуповини
- E. Дискоординація пологової діяльності

11.

У жінки, що багато народжувала 8 роди. В I періоді пологів з'явилися болі в животі, які не припиняються, із статевих шляхів з'явилась кров'янисті виділення, роділля адинамічна. Серцебиття плоду не прослуховується. При об'єктивному огляді матка без чітких контурів,

передлегла частина плоду не визначається. Діагноз?

- A * Розрив матки
- B Передлежання плаценти
- C Поперечне положення плоду
- D Відшарування плаценти
- E Клінічно вузький таз

12.

У роділлі 25 років після бурхливо їродової діяльності та потугах при високо стоячій голівці та позитивних ознаках Вастена, Цангейстера раптово з'явилися різкий біль внизу живота, пологова діяльність припинилась, появились кров'яністі виділення з піхви, зникло серцебиття плода. Стан роділлі різко погіршився, АТ знизився до 70/40 мм.рт.ст., пульс 140/хв, шкіра блідо-сіра. Причина шокowego стану?

- A * Розрив матки
- B Загрозарозриву матки
- C Передчасне відшарування плаценти
- D Синдром здавлення нижньої порожнистої вени
- E Передлежання плаценти

13.

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

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

14.

Роділлі В. 36 років, п'ятітермінові пологи. Доставлена в стаціонар у важкому стані. Із анамнезу відомо, що роди розпочалися 10 год. тому, родова діяльність була активною, після відходження вод розпочалися болючі потуги, що набули безперервного характеру. Потім жінка відчула кинжальний біль внизу живота, родова діяльність припинилась. Виявлені позитивні ознаки подразнення черевини, контури матки нечіткі, плід пальпується легко, рухомий. С/б плода не вислуховується. Який діагноз?

- A * Розрив матки, щостався
- B Загрозливий розрив матки
- C Слабкість родової діяльності
- D Надмірно сильна пологова діяльність
- E Дискоординація пологової діяльності

15.

ІІ період перших термінових пологів в головному передлежанні. Породіллі занепокоєна, перейми різко болючі, контракційне кільце вище пупка, розміщено косо, серцебиття плода приглушено

- A * Загрозливий розрив матки
- B Розрив матки, щостався
- C Гіпертонус нижнього сегмента
- D Тетанія матки.

16.

У породіллі 30 років при ручному видаленні посліду і обстеженні матки виявлено розрив шийки матки справа з переходом на нижній сегмент. Кровотрота досягає 1300 мл і продовжується. Тактика лікаря?

- A * Екстирпація матки.
- B Надпихвова ампутація матки.
- C Тампонада матки.
- D Дренування черевної порожнини.
- E Зашивання розриву.

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого доношеного плоду вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плоду в потиличній області була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід за народженням плоду почалася кровотеча яскраво-червоною цівкою, яка продовжувалася і після народження посліду. Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?

Задача 2. У роділлі 30 років, що народжує вперше, почалися інтенсивні потуги з інтервалом 1-2 хвилини, тривалістю 50 секунд. Наступає прорізування голівки плоду. Промежина, висота якої 4 см, зблідла. Діагноз? Що треба здійснити у даній ситуації?

Задача 3.

Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 22-25-28-17 см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже хворобливі, роділля поводить себе неспокійно. Навколоплідні води відійшли 2 години тому. Круглі зв'язки матки болісні при пальпації, контракційне кільце на 2 пальці вище за пупок, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плоду 160 уд/хв., глухе. Плодовий міхур розкритий, відкриття шийкового вічка 8 см, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, палькується велике тім'ячко. Який ймовірний діагноз? Яка акушерська тактика?

Задача 4.

Роділля 32 років доставлена акушеркою з приводу третіх своєчасних пологів. Перейми почалися 30 годин тому, води відійшли 2 години тому. Розміри тазу: 26-26-31-17,5 см. Бокові кон'югати – 14 см, індекс Солов'йова - 15,5 см. Положення плода поздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140-150 за хв. Перейми через 1-2 хв. по 60-70 сек, дуже болючі. Контракційне кільце на рівні пупка. Нижній сегмент матки при пальпації болючий. Вагінальне дослідження: відкриття маткового вічка повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Лобний шов в поперечному розмірі, перенісся справа, передній кут великого тім'ячка зліва.

Діагноз? терапія?

Еталони відповідей

1. Травма піхви або розрив шийки матки

Тактика: . Огляд пологових шляхів, зашивання травмованих тканин.

2. Пологи I, вчасні в головному передлежанні. II період пологів. Загроза розриву низької промежини.

Тактика: Епізіотомію

3. Пологи I, вчасні в головному передлежанні. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки.

Тактика: кесарів розтин у нижньому сегменті.

4. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті, положення плода продольне, лобне передлежання. Другий період пологів. Плоскоракітичний таз другого ступеня звуження. Загроза розриву матки.

Тактика: зняти пологову діяльність, дати наркоз. Корпоральний кесарів розтин.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Акушерський травматизм»

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
4. 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.
5. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
6. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей /В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
7. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
8. Жилиев Н.И., Жилиев Н.Н. Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии. – М.: МИА, 2004. –326 с.
9. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм» (Наказ МОЗ України №582 від 15.12.3003). – Київ, 2004. – 11с.
10. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»

Б. По темі наступної лекції «Нейрогуморальна регуляція репродуктивної функції у жінок»

Питання

1. Дайте визначення поняттю менструального циклу, його характеристика.
2. Перерахуйте рівні регуляції менструального циклу.
3. Яка роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу?
4. Гормони гіпофіза та їх значення.
5. Які зміни відбуваються в яєчнику в першій і другій фазах менструального циклу?
6. Вкажіть фази розвитку жовтого тіла.
7. Вкажіть зміни в слизовій оболонці матки, які виникають на протязі менструального циклу.
8. Опишіть взаємозв'язок фаз яєчника і матки.
9. Які зміни відбуваються в слизовій оболонці піхви під час менструального циклу?
10. Перерахуйте тести для визначення функціонального стану яєчників.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. *Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш.* Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 416с.
2. *Кулаков В.И., Серов В.Н., Абакарова П.Р. и др.* Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтера, 2005. – 1152с
1. *Ліхачов В.К.* Методика обстеження і принципи лікування гінекологічних хворих в умовах жіночої консультації. – Полтава, 2000. – 100с.
2. *Манушарова Р.А., Черкезова Э.И.* Гинекологическая эндокринология. – М.: МИА, 2008. – 280с.
3. *Назаренко Т.А.* Стимуляция функции яичников. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272с.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 582 .– К., 2003.– 162с. Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008.– К., 2008. – 16с.
5. *Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А.* Репродуктивная эндокринология.– Донецк: Лира, 2008.– 416с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (передменструальний синдром).

Методичну розробку лекції підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2. Ляховська Т.Ю.

10.10.2014

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.