

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:	<b>Розриви матки. Алгоритм надання невідкладної допомоги.</b> (Код курсу 3.3)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 годин.

### **I. Мета заняття**

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.

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. Об'єм повторної інформації**

1. Будова внутрішніх і зовнішніх статевих органів жінки
2. Будова та топографія тазового дна.
3. Кровообіг жіночих статевих органів.
4. Венозні сплетіння органів малого таза.
5. Топографія органів черевної порожнини і малого таза.
6. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
7. Правила асептики і антисептики.
8. Методика ушивання ран.
9. Методи загального обстеження.
10. Параметри нормального гомеостазу.
11. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

### **III. Об'єм нової інформації**

1. Визначення поняття «акушерський травматизм».
2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.
3. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику розривів матки;
4. Клініку, діагностику, акушерську тактику при загрозі розриву матки, профілактику цього ускладнення.
5. Клініку, діагностику, акушерську тактику при завершеному розриві матки, профілактику цього ускладнення.
6. Алгоритм дій лікаря при загрозі розриву матки та при повному розриві матки.

#### 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 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.
5. Пологовий блок

#### Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм» (Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2003). – Київ, 2004. – 11с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Добірка ситуаційних задач.
5. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
6. Інструментарій для огляду і зашивання родових шляхів.

#### V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан. +	овол. +
1.	Оцінити фактори ризику акушерського травматизму.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерського травматизму.		+	
3.	Скласти план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.		+	
4.	Складати план обстеження при наявності рубця на матці.		+	
5.	Прогнозувати перебіг пологів при наявності рубця на матці.		+	
6.	Розпізнавати клінічні ознаки загрози розриву матки.		+	

7.	Розпізнавати клінічні ознаки завершеного розриву матки.		+	

## **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. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
2. Яка класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікацію пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Які етіологію і патогенез розривів матки?
5. Яка класифікація розривів матки?
6. Які фактори ризику розривів матки?
7. Які клініка і діагностика загрози розриву матки?
8. Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?
9. Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?
10. Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?
11. Яка профілактика розриву матки?

### ***Завдання для самостійної роботи по темі заняття***

1. Оцінювати фактори ризику акушерського травматизму.
2. Прогнозувати ризик акушерського травматизму.
3. Складати план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.
4. Складати план обстеження при наявності рубця на матці.
5. Прогнозувати перебіг пологів при наявності рубця на матці.
6. Розпізнавати клінічні ознаки загрози розриву матки.
7. Розпізнавати клінічні ознаки завершеного розриву матки.

### ***Тестові завдання***

1. Повторнороділля 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний різучий 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

2

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 \*Загрозливий розрив матки.
- B Розрив матки який здійснився.
- C Дискоординована пологова діяльність.
- D Передчасне відшарування нормально розташовано їплаценти.
- E Нормальні пологи

3.

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 у роділлі?

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

4.

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

5

У жінки, що багато народжувала 8 роди. В I періоді пологів з'явилися болі в

животі, які не припиняються, із статевих шляхів з'явилися 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 Клінічн овузький таз

### Ситуаційні задачі :

#### Задача 1.

Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 22-25-28-17см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже хворобливі, роділля поводить ся 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 2.

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

**Тактика:** кесарів розтин у нижньому сегменті.

2. 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.

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття**

**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 матки**

*Розривом матки (ruptura uteri)* 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; інфантилізм 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 передуює 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 передне 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 передлеглий 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 тазу.

*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;
- нарастають 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 **нерозпізаного 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 загрожуючого 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, дренажування 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 надпівової 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 хоріоамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

**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.**

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

### **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. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Вінниця, 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 фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
8. Жилияев Н.И., Жилияев 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»

**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.**