

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

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО
ЗАНЯТТЯ**
З ЛІКАРЯМИ - КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Кровотечі під час вагітності (код курсу 7.3)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

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

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

II. Об'єм повторної інформації

1. 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. Правила асептики і антисептики.
7. Методика ушивання ран.
8. Методи загального обстеження.
9. Параметри нормального гомеостазу.
10. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування згідно теми по учебним питанням.	30
3.	Опанування практичних навичок.	20
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	15
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, пологове відділення, операційна.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
4. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок з хірургічного гемостазу.

V. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити фактори ризику акушерських кровотеч.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерських кровотеч.		+	
3.	Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.		+	
4.	Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.		+	
5.	Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.		+	
6.	Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.		+	
7.	Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

- Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-інтерна.
Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.

3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Передлежання плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
6. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
7. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
8. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Знати класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
4. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
5. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
6. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

Тестові завдання

- A. Частково або повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.**
- B. Прикріплена біля дна матки.
- C. Проростає слизову оболонку матки.
- D. Розташована на бокових стінках матки.
- E. Розташована на передній або задній стінці матки.
- 2. При якому виді передлежання плаценти розродження проводиться тільки шляхом кесарського розтину:**
- A. Центральному**
- B. Крайовому
- C. Боковому
- D. Низькому розташування
- E. В жодному з перерахованих.
- 3. Де потрібно проводити піхвове дослідження у вагітної з підозрою на передлежання плаценти:**
- A. У пологовій залі
- B. У розгорнутій операційний**
- C. В приймальному відділенні пологового будинку
- D. В передпологовій палаті
- E. В оглядовій кімнаті.
- 4. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм**

рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'янисті виділення зі згортками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло в пологах?

А. Повне передлежання плаценти

В. **Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**

С. Розрив шийки матки

Д. Розрив варикозного вузла у піхві

Е. Розрив тіла матки.

5. До пологового відділення надійшла повторно вагітна з приводу значних кров'янистих виділень з піхви. Під час огляду в дзеркалах: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Про яку патологію ідеться?

А. **Часткове передлежання плаценти**

В. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти

С. Повне передлежання плаценти

Д. Розрив крайового синуса

Е. Емболія навколоплідними водами

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другіпологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. За вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Голівка плода відштовхується від входу в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась, загальна крововтрата складає 300мл. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

Роділля 37 років, вагітність I, 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плода 160/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Проведена амніотомія – вилились навколоплідні води яскраво забарвлені кров'ю. Діагноз? Що робити?

Правильні відповіді:

1. Вагітність п'ята, 40 тижнів. Пологи II. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Передлежання плаценти. Кровотеча.

Тактика: корпоральний кесарів розтин.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні положення плода продольне, головне. Перший період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до народження дитини. ДК становить 2-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин МС і ПС в усьому світі. Народження більше 1/5 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням.

Причини ДК включають:

- передлежання плаценти (ПП) (20%, 1 на 200 вагітностей),
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) (40%, 1 на 100 вагітностей),
- кровотечі з вульви, піхви, абошийки матки) (до 5%).

В разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначається як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Враховуючи світовий досвід, величина кровотрати в разі ДК визначається як:

Кровомазання – плямкові на білизні та гігієнічних прокладках

Мала кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась

Велика кровотеча – крововтрата оцінена від 250 до 1000 мл, яка зупинилась, при відсутності ознак геморагічного шоку

Масивна кровотеча – крововтрата більше ніж 1000 мл та/ або ознаки геморагічного шоку

Повторна ДК або рецидив кровотечі – термін застосовується, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

Ризик виникнення АК оцінюють:

1. В амбулаторних умовах (жіноча консультація)
 - при постановці на облік по вагітності;
 - при оформленні відпустки по вагітності та пологах;
 - за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.
2. Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.
3. У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді або під час пологів.

В антенатальному періоді:

- підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік,
- своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності (якщо рівень гемоглобіну нижче 110 г/л, препарати заліза призначаються в дозі 200 мг/добу до досягнення рівня 110 г/л, після цього – 3 місяці – 100 мг/добу),
- оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

● **В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику,**

Визначення ступеню ризику, за показаннями – дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно зі спеціалістами акушерського стаціонару).

В пологах:

Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, банку крові.

Рациональне ведення пологів: відмова від необґрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необґрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.

В разі наявності факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (G16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТПП), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «**Нормальні пологи**». Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу. Бережне відношення до тканин.

Прийняття свідомого та інформованого рішення:

Необхідно усвідомлювати, що пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі, а також не можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методі вхірургічного гемостазу – рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймається черговою бригадою спеціалістів – не менше 3-ох (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації щодо проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої репродуктивної функції та не допускати її розголосу іншим особам (родичам, чоловіку) без згоди пацієнтки.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2801-12)). Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію" (2657-12)). Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного. Головними моментами консультування – є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я. Після проведеного консультування у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

■ **Передлежання плаценти** – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плоду, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5-0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. В ранні терміни вагітності низьке розташування плаценти може спостерігатися у 30% випадків, але до строку пологів воно залишається приблизно в 0,3% випадків. Ризик розвитку даної патології: Передлежання плаценти при попередній вагітності (ВШ 9,7); **Попередні**

кесареві розтини (ВР 2,6) Один попередній КР (ВШ 2,2), Два попередніх КР (ВШ 4,1), Три попередні КР (ВШ 22,4);- Попереднє переривання вагітності - Багатонароджуючі (5+)- Вік матері >40 років- Багатоплідна вагітність-Куріння- **Недостатність ендометрію внаслідок:**• Рубця на матці•Ендометриту• Ручного видалення плаценти•Кюретажу•Субмукозної фіброміоми матки• Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика: у разі, коли край плаценти досягає або перекидає внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 28-32 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. У разі, якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекидає його на 20 мм після 26 тижнів вагітності – це може свідчити про можливість клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти.

В разі відсутності клінічних проявів, пов'язаних з передлежанням плаценти показано повторне трансвагінальне УЗД дослідження (враховуючи міграцію плаценти) в 36 тижнів.

Перекриття внутрішнього вічка на 20 або більше мм в третьому триместрі вагітності з високою вірогідністю буде потребувати КР.

В випадку, коли після 35 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Розташування краю плаценти в проміжку 0-20 мм від внутрішнього вічка асоціюється з високою частотою КР, хоча вагінальні пологи залишаються можливими (в разі самостійного розв'язання пологової діяльності та відсутності кровотечі).

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35 тижнів вагітності (>0 мм) є показанням до КР. Регіональна анестезія може застосовуватися в разі КР при наявності передлежання плаценти без ознак кровотечі.

Жінки з передлежанням плаценти та КР в анамнезі мають високий ризик виникнення патології прикріплення плаценти.

Ультразвукові ознаки істинного прирощення плаценти (сіра шкала):

- Втрата анехогенної ретроплацентарної зони
- Наявність непостійної анехогенної ретроплацентарної зони
- Утончення або відсутність гіперехогенної межі між маткою та сечовим міхуром
- Наявність локальних екзофітних мас що проникають у сечовий міхур
- Патологічні плацентарні лакуни

Допплерографічні ознаки істинного прирощення плаценти

(кольоровий доплер):

- Дифузний або локальний лакунарний кровообіг.
- Васкулярні озера з турбулентним кровообігом (пікова систолічна швидкість вище 15 см/сек).
- Підвищена васкуляризація межі між маткою та сечовим міхуром.
- Значне розширення судин надпериферійної субплацентарної зони.

Трьохмірний енергетичний Доплер

- Численні когерентні судини через товщу межі між маткою та сечовим міхуром (базальна площа)
- Підвищена васкуляризація (бокова площа)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площа).

Плановий КР в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів кровотечі рекомендують проводити у 38-39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення

плаценти в 36-37 тижнів вагітності.

У разі встановленого діагнозу передлежання плаценти, накладання шву на шийку матки не попереджує кровотечу та не дозволяє пролонгувати вагітність. Недоцільним є профілактичне призначення токолітиків у разі передлежання плаценти для запобігання кровотечі.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних з кровотечею у II половині вагітності повинно проводитися тільки в стаціонарі. Тактика лікаря залежить від:

1. об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі;
2. стану жінки та плода;
3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності

При появі кров'янистих виділень в другій половині вагітності, в першу чергу, слід запідозрити передлежання плаценти і терміново госпіталізувати вагітну.

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:

- госпіталізація;
- токолітична терапія за показаннями;
- прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
- моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Акушерська тактика при доношеній вагітності.

1. При крововтраті до 250 мл. За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання:

- у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. При відновленні кровотечі - кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода - в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.
- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні виконується кесарів розтин;
- при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.

2. При крововтраті більше 250мл - незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.

3. При повному передлежанні, діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі - госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

У ранньому післяпологовому періоді, - ретельне спостереження за станом породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла - термінова релапаротомія, екстирпація атки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідну тему заняття).

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I – II періодах пологів.

Класифікація:

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
2. Часткове відшарування:
 - крайове
 - центральне

Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:

- гестози;
- захворювання нирок;
- ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;
- перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);
- захворювання судинної системи;
- цукровий діабет;
- захворювання сполучної тканини;
- запальні процеси матки, плаценти;
- аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути:
фізична травма;

- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

Діагностика:

1. *Оцінка стану вагітної*, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

2. *Зовнішнє акушерського обстеження:*

- гіпертонус матки;
- матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- болючість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
- поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодного міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

4. *УЗ-дослідження* (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієнок і без відшарування.

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує матку Кувелера (матково-плацентарна апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Лікування:

Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без придатків.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру 1-2 см, або одне – до 3 см), та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плод), **консіліумом вирішується питання про збереження матки**. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарський розтин;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкгмізопростола (ректально);

- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

• Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин. • У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

VIII. Основна література для опрацювання

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