

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:	Аномалії пологової діяльності. (код курсу 7.1)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Значна частина патологічних станів, що виникають під час пологів, зумовлена аномаліями пологової діяльності. Своєчасна діагностика порушення моторної функції матки, вибір раціональної тактики розродження у випадках аномалії пологових сил, адекватне лікування і профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

1. Визначення поняття «аномалії пологової діяльності».
2. Етіологію і патогенез аномалій пологової діяльності.
3. Фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності.
4. Класифікацію аномалій пологової діяльності.
5. Клініку різних форм аномалій пологової діяльності.
6. Методи діагностики аномалій пологової діяльності.
7. Тактику проведення пологів та розродження при патологічному прелімінарному періоді.
8. Тактику проведення пологів та розродження при слабкості пологової діяльності.
9. Тактику проведення пологів та розродження при надмірно сильній пологовій діяльності.
10. Тактику проведення пологів та розродження при дискоординованій пологовій діяльності;
11. Профілактику аномалій пологової діяльності.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розвинути почуття відповідальності у лікарів-інтернів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних з аномаліями пологової діяльності.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.	
2. Фізіологія	Фізіологія вагітності та пологів	Визначати прогрес фізіологічних пологів
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку асфіксії	Давати оцінку стану новонародженого за шкалою

	новонародженого.	Апгар.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки асфіксії новонародженого. .	

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	Основний етап Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Сутність аномалії пологової діяльності. 2. Характеристика аномалії пологової діяльності 3. Фактори ризику виникнення аномалії пологової діяльності 4. Діагностика аномалії пологової діяльності. 5. Профілактика аномалії пологової діяльності. 6. Діагностика аномалії пологової діяльності 7. Реабілітація дітей, що перенесли асфіксію новонародженого.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Аномалії пологової діяльності – стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів та потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушення біомеханізму пологів.

Можливі розлади кожного із показників скоротливої діяльності матки – тонусу матки, ритму, частоти і координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.

Класифікація аномалій пологової діяльності МКХ-10

Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та зтяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Зтяжні пологи	O63
Зтяжний перший період пологів	O63.0
Зтяжний другий період пологів	O63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т.д.	O63.2
Зтяжні пологи, неуточнені	O63.9

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності: відсутність прогресуючого розкриття шийки матки; первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинна слабкість пологової діяльності: припинення переймів у активній фазі пологів; вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності: атонія матки; хаотичні перейми; слабкі перейми.

Стрімкі пологи.

Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки: дистоція шийки матки; дискоординована родова діяльність; гіпертонічна дисфункція матки; тетанічні скорочення.

Прелімінарний фізіологічний період характеризується нерегулярними, слабкими переймоподібними болями внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тонусу матки при зрілій шийці матки (шкала Бішопа). Тривалість фізіологічного прелімінарного періоду складає 6 – 8 год.

Оцінка ступеня „зрілості” шийки матки за Бішопом

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	≥ 2	1 - 2	$1 \leq$
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	М'яка
Відкриття зовнішнього вічка (см)	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу у малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

Примітка:

- 0-2 бали – шийка “незріла”;
- 3-5 балів – шийка “недостатньо зріла”;
- ≥ 6 балів – шийка “зріла”.

Характеристика першого і другого періодів пологів

Період пологів	Перші пологи	Повторні пологи
Перший період пологів		
<i>Латентна фаза (від початку регулярних переймів до розкриття шийки матки до 3-4 см)</i>		
Середня тривалість (год.)	6,4	4,8
Максимально допустима тривалість (год.)	8	8
Швидкість розкриття (см/год)	0,3	0,35
Частота переймів (за 10 хвилин)	Не менше двох	
Тривалість переймів (сек.)	20 – 25	
<i>Активна фаза (розкриття шийки матки від 3-4 см до 10 см)</i>		
Середня тривалість (год.)	4,6	2,4
Максимально допустима тривалість (год.)	11,7	5,2
Мінімально допустима швидкість розкриття (см/год.)	1,0	1,0
Частота переймів (за 10 хвилин)	3 – 5 перейм	
Тривалість переймів (сек.)	40 – 50	
Другий період пологів		
Максимально допустима тривалість (год.)	2	1

Удавані перейми (патологічний прелімінарний період)

Тривають більше 6 годин, можливо до 24 - 48 годин, характеризуються нерегулярними різної тривалості та інтенсивності переймоподібними болями унизу живота, в ділянці попереку та крижів. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Відсутність розкриття шийки матки за шкалою Бішопа протягом чотирьох годин свідчить про хибні пологи.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед пологамі, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити у слабкість пологової діяльності.

Лікування:

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг на добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2% розчину промедолу);

- за умови неефективності – однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно – 10 – 15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань.

- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E₂.

Протипоказання до застосування β_2 -адреноміметиків: гіперчутливість; передчасне відшарування плаценти; маткова кровотеча; ендометрит; серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією або порушеннями серцевого ритму; міокардит; вади мітрального клапану; стеноз аорти; тяжкі ураження печінки та нирок; гіпертиреоз; глаукома.

Побічна дія β_2 -адреноміметиків: біль голови; запаморочення; тремор; тахікардія; шлуночкова екстрасистолія; болі у серці, зниження АТ; гіпокаліємія, зниження діурезу; набряки.

У новонародженого можливі гіпокаліємія та ацидоз.

У разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд/хв) показано введення верапамілу та препаратів калію.

Обсяг інфузійної терапії не має перевищувати 1,5 л/добу.

Введення глюкокортикоїдів на фоні інфузії гексопреналіну може спричинити набряк легень у роділлі.

Гексопреналін зменшує ефективність глюкозознижуючих препаратів.

Протипоказання до застосування простагландинів: органічні захворювання серця; захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз); виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт; тяжкі порушення функції нирок та печінки; глаукома; епілепсія; тиреотоксикоз; захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія); системні захворювання сполучної тканини; інфекції нижніх відділів статевих шляхів; алергія на простагландин E₂; оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), міома, аномалії розвитку матки.

Не використовувати естрогени та простагландин F₂- α з метою підготовки до розродження.

Діагноз аномалій пологової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлем протягом 8 годин у латентній фазі і 4 годин у активній фазі у порівнянні із графіком розкриття шийки матки і просування передлеглої частини по пологовим шляхам нормальної партограми.

Таблиця 1

Діагностика незадовільного прогресу пологів

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Удавані перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкрита менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів

<p>Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.</p>	<p>Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)</p>
<p>Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.</p>	<p>Диспропорція голівки плода і тазу матері</p>
<p>Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.</p>	<p>Клінічно вузький таз</p>
<p>Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнородящих).</p>	<p>Затягнутий період вигнання</p>

Таблиця 2

Діагностика і лікування слабкості пологової діяльності при пологах у потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	
Латентна фаза			
<p>1.Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)</p>	> 8 годин	> 8годин	<p>1. Амніотомія 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину E₂. 3. Оцінка ефективності через 6 – 8 годин з переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів: – визначення динаміки розкриття шийки матки і просування голівки кожних 2 години зовнішніми методами; – внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 годин родопосилення окситоцином – розродження операцією кесарева розтину</p>
Активна фаза			
<p>1.Уповільнення розкриття шийки матки</p>	<1 см/год	<1 см/год	<p>1. Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі 2. Родопосилення в/венним</p>

2. Уповільнення просування голівки плода відносно площини входу у малий таз	Відповідно до партограми	Відповідно до партограми	краплинним введенням окситоцину або простагландину F _{2α} . Кесарів розтин за умови клінічної невідповідності розмірів голівки та тазу
Збільшення тривалості періоду вигнання	>2 год.	>1 год.	1. Виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і тазу. При клінічній невідповідності – розродження операцією кесарева розтину. 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину. 3. Залежно від місця розташування передлеглої голівки плода – вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

Слабкість пологової діяльності

Слабкість пологової діяльності - характер пологової діяльності, при якому перейми мають недостатню силу і тривалість, проміжок часу між ними збільшується, при цьому сповільнюються згладжування і розкриття шийки матки та просування голівки плода по пологових шляхах у першому або другому періоді пологів (табл.1).

Лікування За відсутності протипоказань застосовують медикаментозні схеми стимуляції пологової діяльності.

Умови призначення утеротонічних засобів: відсутність плідного міхура; відповідність розмірів плода і тазу матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів: клінічно та анатомічно вузький таз; оперована матка; анормальні положення та передлежання плода; дистрес плода; повне передлежання плаценти; передчасне відшарування нормально та низько розташованої плаценти; стріктура піхви; відновлений розрив промежини III ступеня; дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки; гіперчутливість .

Методика введення окситоцину з метою лікування слабкості пологової діяльності.

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6 – 8 крапель/хв. (0,5-1,0 мОД/хв). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв). Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності без гіперстимуляції матки вважається наявність 4 – 5 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40 – 50 сек. Родопосилення проводиться зі спостереженням за станом плода.

Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості пологової діяльності.

Простагландин E₂ - латентна фаза пологів

Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мл (1 ампула) простагландину E₂ (випускається у вигляді концентрату для інфузій) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

Простагландин F_{2α} - активна фаза пологів

Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину F_{2α} розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію і вводять крапельно зі швидкістю 6 – 8 крапель в хвилину. Початкова швидкість інфузії, яку підтримують не менше 30 хв., складає 5 - 8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньою. При відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожну годину до отримання ефекту (не більше 25 – 30 крапель/хв.).

Ускладнення. Передозування призводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характеру судом, погіршується матково-плацентарний кровообіг, розвивається гіпоксія плода; зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми та хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

Надмірно сильна пологова діяльність

Надмірно сильна пологова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більша 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому та повному розкриттю маткового вічка.

Швидкими вважають пологи, що тривають менше 6 годин у першонароджуючих і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими – відповідно менше 4 та 2 годин. Вони призводять до виникнення травм у матері та плода (глибокі розриви шийки матки, піхви, промежини, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічна кровотеча, розрив пуповини, крововилив у головний мозок, кефалогематоми).

Лікування полягає в немедикаментозному коригуванні сили і частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода.

При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань, для зменшення інтенсивності пологової діяльності можливе застосування токолізу β₂-адреноміметиками, які покращують матково-плацентарний кровоток та стан плода.

Для проведення токолізу гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв. до 10 – 15 крапель/хв., (не перевищувати частоту введення 15 - 20 крапель/хв.) під спостереженням за активністю перейм.

Дискоординована пологова діяльність

Дискоординована пологова діяльність — порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегменту, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами і нагадує таку при загрозі розриву матки.

Клінічні ознаки дискоординованої пологової діяльності:

- біль;
- порушення ритму переймів;
- набряк та відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- уповільнення або відсутність просування голівки;

- відсутність синхронної хвилі скорочень у різних відділах матки;
- гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотний градієнт);
- судомоподібні перейми (тетанія матки);
- дисточія шийки матки.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації пологової діяльності:

- пролонгована епідуральна анестезія;
- проведення токолізу (*гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/ хв. до 10 – 15 крапель/хв.) не перевищуючи 15 - 20 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм).*

На всіх етапах лікування аномалій пологової діяльності має проводитись спостереження за станом плода та здійснюватись немедикаментозна профілактика гіпоксії плода (зміна положення тіла роділлі, регуляція дихання).

У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення.

За умови наявності протипоказань до корекції пологової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій пологової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Додаток 1

Прогнозовані ускладнення залежно від типу порушень пологової діяльності

Гіподинамічна пологова діяльність	Гіпердинамічна пологова діяльність
Передчасний розрив плідного міхура	Передчасний розрив плідного міхура
Випадіння пуповини та дрібних частин плода	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
Дистрес плода	Гостре порушення матково-плацентарного кровообігу
Аспірація плодом навколоплідних вод	Гостра гіпоксія плода
Амніохоріоніт у пологах	Емболія навколоплідними водами, ДВЗ-синдром, кровотеча.
Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження	Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження
Пологова травма	Пологова травма
Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді	Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «аномалій пологової діяльності»?
2. Які етіологія і патогенез аномалій пологової діяльності?
3. Які фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності?
4. Які методи оцінки готовності організму вагітної до родів?

5. Які методи оцінки характеру пологової діяльності?
6. Яка клініка, діагностика і лікування патологічного прелімінарного періоду?
7. Яка клініка і діагностика слабкості пологової діяльності?
8. На яких принципах ґрунтується лікування слабкості пологової діяльності?
9. Які основні причини вторинної слабкості пологової діяльності, методи діагностики і акушерська тактика?
10. Чим зумовлена надмірна пологова діяльність, яка її клініка, діагностика і лікування?
11. Які клініка, діагностика і акушерська тактика у разі дискоординованої пологової діяльності?
12. Які ускладнення для матері можливі при слабкості пологової діяльності?
13. Які ускладнення для матері можливі при надмірній пологовій діяльності?
14. Які ускладнення можливі в пологах при дискоординованій пологовій діяльності?
12. Які протипоказання для призначення тономоторних препаратів при лікуванні первинної слабкості пологової діяльності?
13. Яка профілактика аномалій пологової діяльності?

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

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

Тестові завдання

№ 1.

Для визначення готовності організму вагітної до пологів використовують методи:

- А). Визначення ступеню зрілості шийки матки.
- Б). Оцінка чутливості матки до тономоторних речовин.
- В). Цитологічне дослідження вагінальних мазків.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№2

Із всіх тестів оцінки зрілості шийки матки найбільш легко здійсненним є:

- А). Метод пальпаторного дослідження шийки матки.
- Б). УЗД.
- В). Резистоцервікометрія.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№ 3.

Для оцінки зрілості шийки матки використовують:

- А). Шкалу Фішера.
- Б). Шкалу Апгар.
- В). Шкалу Бішопа.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№ 4.

Окситоциновий тест це:

- А). Спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію)

на внутрішнє введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки.

- Б). Спосіб родозбудження.
- В). Спосіб родопідсилення.
- Г). Все вище перераховане.
- Д). Нічого із вказаного.

№5.

Для проведення нестресового тесту використовують:

- А). Кардіотокограф.
- Б). УЗД.
- В). Партограму.
- Г). Амніоскопію.
- Д). Резистоцервікоскопію.

6.

Мамарний тест вважається позитивним, якщо:

- А). Скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту.
- Б). Скорочення матки виникають у перші 5 хвилин від початку проведення тесту.
- В). Скорочення матки виникають на першій хвилині від початку проведення тесту.
- Г). Скорочення матки виникають у перші 7 хвилин від початку проведення тесту.
- Д). Скорочення матки виникають у перші 10 хвилин від початку проведення тесту.

№ 7.

1-й цитотип вагінального мазка є свідченням:

- А). Нормального перебігу вагітності починаючи з 2 триместру.
- Б). Можливості настання пологів через 4-8 днів.
- В). Можливості настання пологів через 1-5 днів.
- Г). Можливості настання пологів або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.
- Д). Нічого із вище вказаного.

№8.

2-й цитотип вагінального мазка є свідченням:

- А). Нормального перебігу вагітності починаючи з 2 триместру.
- Б). Можливості настання пологів через 4-8 днів.
- В). Можливості настання пологів через 1-5 днів.
- Г). Можливості настання пологів або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.
- Д). Нічого із вище вказаного.

№9.

Діагноз аномалії пологової діяльності встановлюється після:

- А). Збору анамнезу попередніх пологів.
- Б). Динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- В). Динамічного спостереження за роділлею протягом 4 годин у латентній фазі й 2 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- Г). Динамічного спостереження за роділлею протягом 5 годин у латентній фазі й 8 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- Д). Динамічного спостереження за роділлею протягом 6 годин у латентній фазі й 7 годин у

активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.

№ 10.

Для оцінки характеру родової діяльності використовують:

- А). Зовнішню кардіотокографію, гістерографію.
- Б). Суб'єктивні відчуття роділлі.
- В). Пальпацію матки та визначення частоти й тривалості перейм та потуг.
- Г). Зовнішнє та вагінальне дослідження для оцінки динаміки просування передлеглої частини.
- Д). Все вище перераховане.

№ 11.

Ознаками хибних перейм є:

- А). Відсутність розкриття шийки матки протягом 4 годин пологової діяльності.
- Б). Регулярні переймоподібні болі в попереку й крижах при доношеній вагітності що призводять до змін у шийці матки.
- В). Відсутність болей при відкритті шийки матки до 3 см;
- Г) Все вище вказане.
- Д). Нічого з вище означеного.

№ 12.

Критеріями гіподинаміки пологової діяльності за токограмою є:

- А). Частота перейм за 10 хв < 2 , інтенсивність перейм (амплітуда) < 30 мм.рт.ст., тривалість перейм < 50 сек., аритмічність(хв.) $3 >$.
- Б). Частота перейм за 10 хв $2- 5$, інтенсивність перейм (амплітуда) $30 - 50$ мм.рт.ст., тривалість перейм $60 - 100$ сек., аритмічність (хв.) $1 - 2$.
- В). Частота перейм за 10 хв > 5 , інтенсивність перейм (амплітуда) > 50 мм.рт.ст., тривалість перейм > 100 сек., аритмічність (хв.) < 1 .
- Г). Все вище вказане.
- Д). Нічого з означеного.

Відповіді на тестові питання

- 1 *Г). Все вище перераховане
- 2 *А). Метод пальпаторного дослідження шийки матки
- 3 *В). Шкалу Бішопа
- 4 *А). Спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішнє введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки.
- 5 *А). Кардіотокограф.
- 6 *А). Скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту.
- 7 *А). Нормального перебігу вагітності починаючи з 2 триместру.
- 8 *Б). Можливості настання пологів через 4-8 днів.
- 9 *Б). Динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин у активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми.
- 10*Д). Все вище перераховане.
- 11 *А). Відсутність розкриття шийки матки протягом 4 годин пологової діяльності.
- 12 *А). Частота перейм за 10 хв < 2 , інтенсивність перейм (амплітуда) < 30 мм.рт.ст., тривалість перейм < 50 сек., аритмічність(хв.) $3 >$.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

№ 1.

До пологового стаціонару поступила роділья 22 років з нерегулярними різної тривалості і інтенсивності болями в нижніх відділеннях живота, попереку, області крижів. Вагітність I, 39 – 40 тижнів, головне передлежання плода. Води цілі. Болі тривають більше доби. Тонус матки підвищений, але перейми не продуктивні. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки відхилена дозад, довжина близько 3 см, цервікальний канал закритий, через склепіння пальпується голівка плода рухома над входом в малий таз. Патології стану плода не відзначається. Жінка втомлена.

Поставте діагноз?

Яка подальша тактика ведення пологів?

Чим небезпечний такий стан жінки?

№ 2.

До пологового стаціонару поступила роділья 22 років з нерегулярними різної тривалості і інтенсивності болями в нижніх відділеннях живота, попереку, області крижів. Вагітність I, 39 – 40 тижнів, головне передлежання плода. Води цілі. Болі тривають більше доби. Тонус матки підвищений, але перейми не продуктивні. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки відхилена дозад, довжина близько 3 см, цервікальний канал закритий, через склепіння пальпується голівка плода рухома над входом в малий таз. Патології стану плода не відзначається. Жінка втомлена.

Лікарт призначив родозбудження окситоцином.

Чи вибрана акушерська тактика вірна? Чому?

№ 3.

Першонароджуюча 38 років. Пологи термінові, в головному передлежанні, тривають 10 годин. Передбачувана маса плода 3 900 гр. Розміри таза нормальні. Безводний період 4 години. Пологова діяльність активна. Динаміки просування голівки за 2 години спостереження не відзначається. Серцебиття плода приглушене, 110 в 1 хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка притиснена до входу в малий таз. Поставте діагноз. Яка подальша акушерська тактика?

№ 4.

Повторнонароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останні 50 хв голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2— 4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плода приглушене, 180 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза. Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№ 5.

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

№ 6. Пологи III, термінові, тривають 7 год. Голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги через 2— 4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плода ритмічне, 156 уд/хв. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Визначається напружений плідний міхур. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза.

Який період пологів? Яка подальша тактика ведення пологів?

№7.

Першенароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останню годину голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2— 4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плода приглушене, 196 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза.

Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?

№ 8.

Пологи II, термінові, голове передлежання, тривають 8 годин. Серцебиття плода ритмічне, 166 уд. за хв. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: розкриття шийки матки 5 см, плідний міхур відсутній, голівка малим сегментом у вході в малий таз. Вирішено провести родопідсилення окситоцином. Після чого роділля почала скаржитися на болісні перейми, які згодом набули характеру судом. Серцебиття плода глухе, 180 уд. за хв. Кардіотокографічно відзначається тяжем децелерації, загальна сума балів 4.

Діагноз.

Яка подальша акушерська тактика.

№9.

До пологового відділення поступила роділля із II, доношеною вагітністю, болями внизу живота, попереку. Води цілі. Пологова діяльність відзначається протягом 6 годин. Стан плода задовільний. Перші пологи фізіологічні. Передбачувана маса плода 3000гр. При внутрішньому акушерському дослідженні: Шийка матки вкорочена, м'яка, відкриття 4 см, плідний міхур цілий. Голівка над входом в малий таз.

Поставте діагноз. Яка подальша акушерська тактика?

№10.

Пологи II, термінові, II період пологів. Потуги слабкі, через 2-3 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода ритмічне 146 уд. за хв. Безводний період 5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині.

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 11.

Пологи II, термінові, II період пологів. Потуги слабкі, через 2-3 хв. по 25-30 сек. Серцебиття плода ритмічне 146 уд. за хв. Безводний період 5 годин. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття повне, голівка у вузькій частині. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі. Родостимуляція окситоцином – без ефекту. Фіксується гіпоксія плода.

Діагноз. Подальша акушерська тактика.

№ 12.

До пологового відділення доставлені роділля з активною пологовою діяльністю, яка триває близько 3-х годин. Стан плода задовільний. При внутрішньому акушерському дослідженні: Розкриття шийки матки 6 см, плідний міхур цілий, передлежить голівка – малим сегментом у порожнині таза.

Діагноз. Чим небезпечні такі пологи для матері і плода?

ВІДПОВІДІ ДО СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

№ 1. Пологи I, термінові, головне передлежання плода. Патологічний прелімінарний період.

Лікування патологічного прелімінарного періоду.(Однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно – 10-15 крапель на хвилину з урахуванням протипоказань).

При незрілості шийки матки - підготовка до родів інтравагінальним введенням простагландину E2.

- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг у добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % розчину промедолу);

При патологічному прелімінарному періоді існує велика небезпека розвитку дискоординованої родової діяльності.

№ 2. Обрана тактика хибна. Діагноз: Вагітність I, 39-40 тижнів, головне перед лежання плода. Патологічний прелімінарний період. Препарати окситоцинового ряду протипоказані через небезпеку посилення спастичного скорочення циркулярних м'язів шийки й нижнього сегменту матки.

№ 3.

Пологи I, термінові, головне передлежання плода. II період пологів. Клінічно вузький таз. Дистрес плода.

Потрібно провести кесарський розтин.

№ 4.

Пологи II, II період пологів, головне передлежання, слабкість пологової діяльності, дистрес плода.

Акушерські щипці.

№ 5.

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

Родопосилення.

№ 6.

Пологи III, II період пологів.

Амніотомія

№7.

Пологи I, II період пологів, головне передлежання, слабкість пологової діяльності, дистрес плода.

Акушерські щипці.

№8.

Пологи II, термінові, головне передлежання. I період пологів. Передчасне злиття навколоплідних вод. Дистрес плода на фоні неадекватної пологової діяльності (гіперстимуляція).

Кесарський розтин.

№9.

Пологи II, термінові, головне перед лежання. Слабкість пологової діяльності.(уповільнена латентна фаза).

1. Істравагінальне введення простагландину E2.

2. Оцінка ефективності через 4-6 годин з переглядом подальшої тактики ведення пологів:
- визначення динаміки розкриття шийки матки та просування голівки кожні 2 години;

- внутрішнє акушерське дослідження через 4 години.
- 3. Амніотомія і при необхідності родопосилення окситоцином.
- 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 6 годин родостимуляції окситоцином - розродження операцією кесаревого розтину.

№ 10.

Пологи II, головне передлежання, II період пологів. Слабкість потуг.
Родостимуляція окситоцином.

№ 11.

Пологи II, головне передлежання, II період пологів. Слабкість потуг. Дистрес плода.
Акушерські щипці.

№ 12.

Пологи I, в головному передлежанні, швидкі, I період пологів.

Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Аномалії пологової діяльності»

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (аномалії пологової діяльності).
3. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
4. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
5. Акушерство /Э.К. Айлмазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
6. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
7. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.

Б. По темі наступної лекції «Кесарів розтин в сучасному акушерстві»

Питання

1. Яка операція називається операцією кесарського розтину?
2. Класифікація операцій кесарського розтину?
3. Показання для проведення кесарського розтину з боку матері.
4. Показання для проведення кесарського розтину з боку плода.
5. Умови для родорозрішення шляхом операції кесарського розтину?
6. Підготовка до операції кесарського розтину.
7. Техніка операції кесарського розтину в нижньому сегменті поперечним

- розтином.
8. Ведення післяопераційного періоду.
 9. Вагітність і пологи після кесарського розтину.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
5. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
6. Могилевкина И.А., Шпатусько Н.И., Ханча Ф.А. Кесарево сечение по методике Misgav Ladach для повышения безопасности оперативного родоразрешения // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — №3. — С. 51-55.
7. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. — М.: Миклош, 2007. — 168 с.
8. Чурилов А., Бутина Л. Современные аспекты кесарева сечения у беременных с инфекционным риском// З турботою про жінку.— 2011.— №3.— 2011. — с. 3-6 .
9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

Методичну розробку лекції підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 професор Макаров О.Г.

10.10.2014

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.