

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 СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Інтенсивна терапія та профілактика ускладнень у післяопераційному періоді (код курсу 15.9)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Важливу роль у перебігу післяопераційного періоду відіграє догляд за хворими, які в перші дні повинні знаходитись під наглядом гінеколога, анестезіолога та спеціально підготовлених медичних сестер. Основною задачею післяопераційного періоду є нагляд за станом хворої, її гемодинамічними показниками, адекватне знеболення та активне ведення пацієнток після операції з метою профілактики тромботичних ускладнень.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Особливості післяопераційного періоду.
2. Основні показники, які потребують динамічного нагляду в післяопераційному періоді.
3. Адекватне знеболення в післяопераційному періоді.
4. Методи профілактики заходів в післяопераційному періоді: пневмонії, тромбоемболії, серцевої недостатності, циститів, перитонітів.
5. Загрозливі стани та їх лікування.

В результаті проведення заняття втерн повинен уміти:

1. Зібрати анамнез у гінекологічної хворої.
2. Визначення показання до призначення інфузійної терапії.
3. Оцінити дані клініко-лабораторні обстеження.
4. Призначити додаткові обстеження.
5. Скласти план лікування в післяопераційному періоді.

III. Базові знання

1. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Вплив больового подразнення на загальний стан жінки.
3. Основні принципи ведення післяопераційного періоду.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

При обстеженні хворої 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	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої	Виконати лапаротомію на

	черевної стінки	трупі
II. Наступні дисципліни		
Сімейна медицина	Показання і протипоказання для проведення оперативного лікування	Провести лабораторне обстеження жінки

V. Зміст теми семінарського заняття

Будь-яке хірургічне втручання має виражений стрессорний вплив на організм хворої. Складовими хірургічного стресу є:

- емоційно-психічний статус хворої;
- об'єм операції, що виконується.

Ведення пацієнток у післяопераційному періоді значною мірою визначає успіх хірургічного лікування, оскільки відомо, що як би майстерно не була проведена операція, завжди залишається можливість настання ускладнень аж до смертельних результатів. Профілактика ускладнень в післяопераційному періоді повинна у пацієнток, що надходять на планове хірургічне лікування, проводитися ще на амбулаторному етапі з залученням фахівців суміжних спеціальностей. У «групу ризику» щодо виникнення ускладнень входять пацієнтки з ожирінням, анемією, варикозною хворобою, з клінічними ознаками недостатності серцево-судинної, легеневої, ниркової та інших систем і органів, а також жінки старшого віку.

Тривалість раннього післяопераційного періоду у гінекологічних хворих займає 7-10 днів. Тривалість пізнього післяопераційного періоду при неускладненому перебігу обмежена трьома місяцями після хірургічного лікування.

Ранній післяопераційний період характеризується зниженням добового діурезу, що обумовлено затримкою натрію в сироватці крові і відносної гіпокаліємією зберігаються до 6-го дня післяопераційного періоду. Гіпопротеїнурія, дисбаланс білкових фракцій крові також проявляються аж до кінця першого тижня післяопераційного періоду, що пов'язано з адренкортикоїдною фазою катаболізму.

Підвищення температури тіла в перший тиждень післяопераційного періоду є фізіологічною реакцією організму на всмоктування продуктів розпаду травмованих тканин, крові та ранового секрету. У жінок похилого та старечого віку лейкоцитоз і температурна реакція виражені менше, ніж у молодих хворих.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у післяопераційному періоді включає в себе проведення неспецифічних заходів і специфічну профілактику. До неспецифічної профілактики відносять:

- ранню активізацію;
- бинтування гомілок безпосередньо перед операцією еластичними бинтами.

Специфічна профілактика проводиться хворим з ожирінням, варикозним розширенням вен, хронічним тромбофлебітом, серцево-судинною недостатністю. Проведення профілактики починається за 2 год до операції і включає в себе використання гепарину та його низькомолекулярних дериватів (фраксипарин, клексан та ін), в післяопераційному періоді введення цих препаратів триває 6-7 днів.

Ускладнення в післяопераційному періоді

Найбільш грізним післяопераційним ускладненням є кровотеча. Воно може виникнути при зісковзуванні лігатури із судини, судини, яка не була лігвана під час операції, при гнійному розплавлюванні стінки судини, а також з дрібних судин при порушенні згортальної і протизгортальної систем крові. Клінічна картина внутрішньої кровотечі характеризується блідістю шкірних покривів і слизових оболонок, задишкою, колаптоїдним станом, частим малим пульсом, зниженням артеріального тиску. Для уточнення діагнозу внутрішньої кровотечі

необхідно піхвове дослідження. Якщо в черевній порожнині є рідка кров, то зазвичай визначається вибухання заднього піхвового склепіння. У разі виникнення заочеревинного кровотечі пальпується гематома (найчастіше між листками широких зв'язок матки). При перкусії визначається вільна рідина в черевній порожнині або притуплення звуку над гематомою. Уточнити діагноз можливо при проведенні УЗД і МРТ органів черевної порожнини, на яких виявляється вільна рідина в черевній порожнині. Наявність внутрішньої кровотечі є показанням до повторного входження в черевну порожнину для перев'язки кровоточивих судин. Кровотеча з утворенням гематоми може бути з судин передньої черевної стінки: В цьому випадку показані лігування кровоточащих судини і видалення згустків крові. При кровотечі після піхвових операцій поставити діагноз легше, оскільки є зовнішня кровотеча. Для зупинки його виробляють лігування судин або тампонаду піхви.

Шок і колапс є важкими ускладненнями післяопераційного періоду. Шок виникає після тривалих і травматичних операцій, які супроводжувалися масивною крововтратою. У патогенезі його розвитку провідна роль належить порушень гемодинаміки і всіх життєво важливих функцій організму. Клінічно шок проявляється в пригніченні психіки, апатії при збереженні свідомості, малому частому пульсі, блідості шкірних покривів, появою холодного поту, зниження температури та артеріального тиску; може спостерігатися олігурія або анурія. Одночасно порушується обмін речовин, виникає ацидоз, збільшується кількість еритроцитів, зменшується об'єм крові.

Колапс обумовлений первинним ураженням судинної системи і супроводжується спочатку порушенням гемодинаміки, а потім змінами в центральній нервовій системі. Колапс характеризується такими клінічними симптомами: втратою свідомості, загальною слабкістю, різкою блідістю, ціанозом, холодним потім, частим і малим, іноді аритмічним пульсом, частим поверхневим диханням, зниженням артеріального тиску.

Лікування при шоці і колапсі повинно бути розпочато негайно. Хвору необхідно перевести в положення Тренделенбурга (кут нахилу близько 15°). Основний метод лікування - струминне переливання кровозамінних рідин для стабілізації гемодинаміки. З кровозамінних рідин краще вводити низькомолекулярні, сольові розчини, розчин гідроксиетильованного крохмалю, так як вони довше утримується в судинному руслі і стабілізують артеріальний тиск. Одночасно рекомендується вводити кортикостероїди. Для поліпшення серцевої діяльності застосовують серцеві глікозиди. При явищах декомпенсованого ацидозу рекомендується внутрішньовенне введення гідрокарбонату натрію.

Анурія - серйозне ускладнення післяопераційного періоду. Причинами її можуть бути шок і колапс, що супроводжуються зниженням артеріального давання і рефлекторним спазмом ниркових судин, різка анемізація хворої, переливання крові, несумісної по резус-фактору або системі АВО, септична інфекція, поранення або перев'язка сечоводів. Лікування анурії визначається її етіологією і повинно бути розпочато негайно.

Післяопераційні пневмонії спостерігаються після тривалих операцій, при затримці в бронхах мокротиння, аспірації шлункового вмісту, ателектазі і застійних явищах у легенях, а також інфаркті легені. Пневмонії найбільш часто виникають у осіб з хронічними захворюваннями органів дихання, у ослаблених хворих похилого та старечого віку. В лікуванні післяопераційних пневмоній важливу роль відіграє правильне призначення антибіотиків (відповідно чутливості до них мікробної флори). Показане застосування антикоагулянтів непрямой дії (неодикумарин, фенілін, синкумар та ін) в індивідуально підібраному дозуванні.

Парез кишечника, що виникає з 2-3-х доби післяопераційного періоду, і кишкова непрохідність, розвивається на 4-5-й день, характеризуються болями в животі, нудотою, блювотою, затримкою газів і стільця. Надалі перистальтика припиняється, пульс частішає, підвищується температура і загальний стан хворої погіршується. При рентгеноскопії черевної порожнини в вертикальному положенні хворий визначають газові бульбашки з горизонтальними рівнями рідини під ними (чаші Клойбера). Дгш проведення терапії парезу кишечника рекомендується проводити дренажування та промивання шлунка, введення прозерину внутрішньом'язово. Для стимуляції перистальтики кишечника роблять гіпертонічні, а при

необхідності сифонні клізми. При підтвердженні діагнозу механічної кишкової непрохідності показана операція.

Післяопераційний перитоніт розвивається внаслідок інфікування черевної порожнини і характеризується ригідністю і хворобливістю передньої черевної стінки, з вираженими симптомами подразнення очеревини, частим пульсом, високою температурою, нудотою, блювотою і тяжким загальним станом хворої. В даний час характерне стертий перебіг перитоніту: зберігається відносно задовільний стан хворої, відсутні або слабо виражені симптоми подразнення очеревини, немає нудоти і блювоти. Може вислуховуватися перистальтика кишечника, буває самостійний стілець. У периферичній крові відзначаються лейкоцитоз, зсув вліво в лейкоцитарній формулі, підвищення ШОЕ. Лікування перитоніту оперативне - релапаротомія, видалення вогнища інфекції і широке дренивання черевної порожнини. Важливими компонентами лікування є антибактеріальна, десенсибілізуюча, антикоагулянтна і загальнозміцнююча терапія. При важких гнійних перитонітах проводять перитонеальний діаліз.

Тромбози та тромбофлебіти в післяопераційному періоді найчастіше виникають у венах нижніх кінцівок і тазу. Розвитку цих ускладнень сприяє ожиріння, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, перенесений раніше тромбофлебіт, серцево судинна недостатність. Ознаками тромбозу є біль у кінцівках, набряк, підвищення температури, болючість при пальпації по ходу судин. При лікуванні тромбозу необхідні повний спокій, піднесене положення кінцівки, призначення антибіотиків і анти коагулянтів прямої і непрямой дії.

Нагноєння операційної рани спостерігається частіше у хворих, оперованих з приводу злякисних новоутворень статевих органів і гнійних процесів придатків матки. При розвитку інфекції в області операційної рани з'являються болі, інфільтрація тканин, гіперемія шкіри, підвищується температура. У таких випадках слід зняти кілька швів, щоб створити умови для відтоку відокремлюваного, обробити рану перекисом водню, ввести дренаж, змочену 10% розчином натрію хлориду. Щодня необхідно робити перев'язки і туалет рани.

Рідкісним ускладненням є повне розбіжність країв рани і випадання петель кишечника - евентрація. При накладення вторинних швів з приводу евентрації в черевну порожнину вводять дренажі для відтоку вмісту та введення антибіотиків.

Профілактика інфекційних ускладнень

Післяопераційні ранові інфекції погіршують результати хірургічного лікування, збільшують тривалість госпіталізації та вартість стаціонарного лікування. Одним з ефективних підходів до зниження частоти післяопераційних нагноєнь, поряд з удосконаленням хірургічної техніки і дотриманням правил асептики і антисептики, є антибіотикопрофілактика. Раціональне проведення антибіотикопрофілактики у певних ситуаціях дозволяє знизити частоту післяопераційних інфекційних ускладнень з 20-40% до 1,5-5%. В даний час доцільність антибіотикопрофілактики при хірургічних операціях не викликає сумніву.

Антибіотикопрофілактика, на відміну від антибіотикотерапії, передбачає призначення антибактеріального засобу при відсутності активного інфекційного процесу і високий ризик розвитку інфекції з метою попередження її розвитку. Профілактичним застосуванням антибіотиків є їх призначення до мікробної контамінації операційної рани або розвитку ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації та інфекції, коли первинним методом лікування є хірургічне втручання, а призначення антибіотика має своєю метою знизити до мінімуму ризик розвитку ранової інфекції.

Залежно від ризику розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень всі хірургічні втручання прийнято поділяти на 4 категорії.

Антибіотикопрофілактика показана при операціях.;

Лікування та реабілітація

Терапія та реабілітація в післяопераційному періоді поділяються на 4 етапи.

На першому етапі хвора перебуває у відділенні інтенсивної терапії. В основі інтенсивного спостереження лежить раннє виявлення симптомів, що свідчать про несприятливий перебіг післяопераційного періоду або про неадекватних відповідних реакціях хворий на лікувальні дії, що дозволяє попередити виникнення критичних станів.

Інтенсивне спостереження у відділенні анестезіології та реанімації (ОАР) або у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) відрізняється від традиційного щодо безперервності та цілеспрямованості і може бути візуальним, лабораторним, моніторним і комбінованим.

На кожну хвору в ОАР і ВРІТ заводять карту погодинного спостереження з листком призначень. В них протягом часу спостереження хворий у відділенні через 1-3 год ведуть реєстрацію показників дихання, кровообігу, температури тіла, діурезу, кількості відокремлюваного по катетерам і дренажам, враховують обсяг введеної та виведеної рідини.

Візуальне спостереження є одним з найбільш простих і доступних, що застосовуються в будь-яких умовах. Досвідчений лікар і медична сестра здатні вловити найменші зміни функцій зовнішніх систем життєдіяльності організму. При цьому особливу увагу звертають на поведінку хворий, колір і температуру шкірних покривів, частоту і глибину дихання, участь у ньому допоміжної мускулатури, наявність кашлю, характер мокротиння.

Велику допомогу при оцінці стану хворої надають спостереження за функціональним станом органів (форма і ступінь здуття живота, участь його в акті дихання, стан пов'язок в області післяопераційної рани, наявність ознак внутрішнього або зовнішнього кровотечі, напруження м'язів передньої черевної стінки). Заслугують уваги нудота, зригування, блювання. Можливість визначити час відновлення моторної функції кишечника (пооява перистальтики, відходження газів і калових мас).

Використання **моніторних приладів** значною мірою полегшує процес спостереження за хворими і підвищує його інформативність. Моніторна техніка дозволяє вести постійне спостереження за функцією дихання (частота дихання, дихальний об'єм, хвилинний об'єм дихання, сатурація, вміст CO₂), кровообігу (число серцевих скорочень, артеріальний та центральний венозний тиск, ЕКГ, тиск у порожнинах серця), центральної нервової системи (ЕЕГ), терморегуляції (температура тіла). Застосування комп'ютерної техніки дає можливість не тільки своєчасно розпізнати гостро виникають порушення життєво важливих функцій організму, але й усунути їх.

Візуальне і моніторного спостереження не виключає цінності **лабораторної діагностики**. Експрес-лабораторія дозволяє вивчити багато показників і включає визначення вмісту гемоглобіну і гематокриту, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), коагулограми, киснево-основного стану (КОС), вмісту газів крові, електролітів плазми й еритроцитів, ступеня гемолізу, рівня загального білка крові, функціонального стану нирок та печінки та ін. Ряд із зазначених показників необхідно вивчати в динаміці за міру проведення інтенсивної терапії, у тому числі в нічний час.

Для профілактики післяопераційних ускладнень надзвичайно важливим у ранньому післяопераційному періоді є:

- проведення адекватного знеболення із застосуванням наркотичних і ненаркотичних анальгетиків;
- усунення гіповолемії;
- раннє розширення рухового режиму.

На другому етапі пацієнтка знаходиться на загальному відділенні. Тут проводиться контроль за станом післяопераційних швів, продовження розпочатої терапії, а також профілактика і діагностика гнійно-запальних ускладнень проявляються, як правило, на 6 - 7-му добу післяопераційного періоду.

З клінічної точки зору, найбільш доступним і надійним показником діагностики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень (ПГВО) є визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ). Лейкоцитарний індекс інтоксикації, запропонований в 1941 році Я. Я. Кальф-Каліфом: (с. я. + 2 п. я. + 3 юн. + 4 міелоц.) (плазм, кл. + 1) / (моноцити + лімфоцити) (еозинофіли + 1)

У нормі цей показник становить від 0,5 до 1,5. Збільшення індексу характеризує підвищення запальної реакції. Різні модифікації ЛПІ до теперішнього часу широко використовуються в клінічній практиці.

Новим підходом до діагностики і прогнозування ПГВО може бути використання лейкоцитарної формули крові в якості інтегрального показника, що відображає особливості нейрогуморальної реакції організму на різні по силі стресовий вплив. За даними Л. Х. Гаркаві (1990), реакції гострого та хронічного стресу викликаються при дії сильного подразника. Подразники слабкої сили викликають реакцію тренування, а подразники середньої сили - реакції спокійної та підвищеної активації. До несприятливих реакцій належать реакції стресу, тренування та активації, що протікають з явищами десинхронізації, що свідчить про зниження природної резистентності організму та про погіршення клінічного перебігу захворювання.

Одним з традиційних способів профілактики ПГВО в даний час є інтраопераційна антибіотикопротекція.

До теперішнього часу в хірургічній практиці накопичений досвід застосування для профілактики ПГВО імуномодулюючих препаратів (тимолін, тимоген, інтерлейкін). Він свідчить про можливість підвищення природних захисних механізмів макроорганізму і, тим самим, управляти перебігом післяопераційного періоду.

Сьогодні імунотерапія представлена не тільки препаратами природного або синтетичного походження. Різні фізико-хімічні фактори, такі як ультразвук, магнітне поле, екстракорпоральні методи детоксикації, ігло - і лазеропунктура, також відносяться до повноправним засобів імунотерапії.

З метою підвищення імунореактивності та поліпшення загоєння операційної рани у гінекологічних хворих застосовують трансфузії опроміненої лазером і ультрафіолетом аутокрові.

На третьому етапі пацієнтка спостерігається в жіночій консультації за місцем проживання. Великий акцент тут ставиться на проведення фізіотерапевтичних процедур та розсмоктуючу терапію.

Четвертий етап передбачає проведення реабілітаційних заходів у жінок в умовах спеціалізованого санаторію. Крім загальнозміцнюючий лікування пацієнткам за показаннями може бути призначено бальнеотерапія, грязелікування.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Особливості післяопераційного періоду. 2. Основні показники, які	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>потребують динамічного нагляду в післяопераційному періоді.</p> <p>3. Адекватне знеболення в післяопераційному періоді.</p> <p>4. Методи профілактики заходів в післяопераційному періоді: пневмонії, тромбоемболії, серцевої недостатності, циститів, перитонітів.</p> <p>5. Загрозливі стани та їх лікування.</p>	
<p>1. Підбиття підсумків, загальні висновки</p> <p>2. Відповіді на можливі запитання.</p> <p>3. Завдання до наступного семінару.</p>	<p>Заключний етап</p> <p>Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.</p>	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики

Рекомендована література (навчальна, наукова)

1. Медицина неотложных состояний / Д. М. Катерино, С. Кахан; Пер. с английского- М: МЕДпресс-информ, 2005.-330с.
2. *Дикий О.М.* Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288с.
3. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 676.– К., 2004.– 186 с.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» № 782. – К., 2005. – 44с.
5. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.

Питання

1. Коли можна хвору після операції транспортувати до палати?
2. Яку здійснювати нагляд за станом хворої: серцево-судинної системи, органів дихання, нирок, печінки, кишківника, маткою?
3. Адекватне знеболення після операції.
4. Яке лікування гіпотонії сечового міхура, парезу кишківника?

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати анамнез у гінекологічної хворої.
2. Визначення показання до призначення інфузійної терапії.
3. Оцінити дані клініко-лабораторні обстеження.

4. Призначити додаткові обстеження.
5. Скласти план лікування в післяопераційному періоді

Тестові завдання

1. Термін вагітної 32 років – 33 тижні. Знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гестозу III ступеня. Скарги на раптовий гострий біль в животі, блювання. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс – 86/хв, АТ – 180/100 мм рт.ст, набряки, в сечі - білок. Матка напружена, різко болюча, на передній стінці визначається випячування 5x8 см. Серцебиття плода глухе, 110/хв. 3 піхви помірні кров'яні виділення. Голівка плода притиснута до входу в таз. Канал шийки матки пропускає 1 палець вільно. Яка тактика лікаря в даному випадку найдоцільніша?

- A*** Кесарський розтин
- B** Пологовикликання
- C** Гіпотензивна терапія
- D** Антигіпоксична терапія
- E** Амніотомія

2. Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. I період пологів триває 8 год, Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: повне відкриття, голівка притиснута до входу у малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона. Тактика лікаря?

- A*** Кесарський розтин
- B** Посилення пологової діяльності
- C** Плороруйнівна операція
- D** Ведення пологів через природні пологові шляхи
- E** Акушерські шипці

3. У пологовий будинок доставлена роділля. Термін вагітності – 38 тижнів. I період пологів. Розкриття маткового вічка 5 см. Плодовий міхур цілий. Передлежать ніжки плода. Праворуч і попереду визначається пульсуюча пуповина. Яка тактика ведення пологів?

- A*** Кесарів розтин
- B** Амніотомія.
- C** Ведення пологів за методом Цов'янова.
- D** Введення спазмолітиків.
- E** Витягання плода за ніжку.

4. Першороділля 30 років. Вагітність доношена. Води відійшли 5 годин тому. Перейми нерегулярні, короткі. Загальнозвужений таз II ступеню. Передбачувальна маса плода 4000,0. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136/хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз. Що робити?

- A*** Операція кесарів розтин.
- B** Стимуляція пологової діяльності окситоцином.
- C** Ведення пологів через природні пологові шляхи.
- D** Плороруйнівна операція.

E Накладання порожнинних акушерських щипців

5. У пацієнтки з преeklampсією середнього ступеня тяжкості при відкритті шийки матки на 3-4 см з'явилися ознаки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти. АД 150/100 – 140/90 мм рт. ст.. Пульс 110/хв, ритмічний. Серцебиття плода 160/хв, приглушене. Які подальші дії лікаря?

A * Операція кесарева розтину в ургентному порядку

B Розтин плодового міхура і стимуляція окситоціном

C Стимуляція пологової діяльності простагландином

D Застосування спазмолітиків та токолітиків

E Пологи закінчити через природні пологові шляхи з наступним виділенням плаценти рукою

Ситуаційні задачі :

1. Пологи треті. Перші пологи закінчились народженням мертвого плода вагою 2500 г. Другі продовжувались 40 годин і закінчились плодоруйнуючою операцією. При поступленні: зріст 148 см, живіт відвислий, обвід - 85 см. Передлежить голівка рухома над входом в малий таз. Розміри тазу: 22-25-28-16 см.

Діагноз? Тактика?

2. Роділля 32 років доставлена акушеркою колгоспного пологового будинку 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 повздовжнє, 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. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Загальнорівномірнорозвужений таз, третього ступеня. Ускладнений акушерський анамнез.

Тактика: кесарів розтин у нижньому сегменті.

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

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

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

26.02.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____201____р.