

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ - КУРСАНТІВ 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(діагностика, невідкладна допомога) (код курсу 7.3)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

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. Навчальні цілі лекції

Донести до лікарів наступні знання:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
4. 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.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розродження вагітних з кровотечею потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів,	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Надання допомоги жінкам з кровотечею на догоспітальному	Визначити показання і скерувати вагітну на відповідний рівень надання медичної допомоги.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вузький таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму

V. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	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.Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.

	<p>пологів.</p> <p>2.Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.</p> <p>3.Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.</p> <p>4.Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.</p> <p>5.Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.</p> <p>6.Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 	<p>Заключний етап</p> <p>Резюме лекції, загальні висновки</p> <p>Відповіді на можливі запитання</p> <p>Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.</p>	<p>Перелік навчальної літератури</p> <p>ЗАПИТАННЯ</p>	<p>10 хв.</p>

VII. Зміст лекційного матеріалу.

Допологова кровотеча:

Кровотечі у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- трофобластична хвороба;
- позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність).

Кровотечі у II половині вагітності:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

Кровотечі під час пологів:

I період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;
- розрив шийки матки.

II період:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- розрив матки.

III період:

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологова кровотеча:

- атонічна кровотеча;
 - затримка частин посліду / згортків крові;
- травма (розрив м'яких тканин пологових шляхів; розрив матки; виворіт матки)
- коагулопатична кровотеча (включаючи, в разі емболії амніотичною рідиною)

Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки.

Шифр за МКХ-10:

- - Допологова кровотеча (O46)
- - Передлежання плаценти (O44)
- - Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (O45)

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до пологів. ДК становить 3-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин материнської та перинатальної смертності в усьому світі. Народження більше 1/4 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням. Причини ДК включають : передлежання плаценти (ПП) (20%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) (40%) та кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки) (до 5%). У разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначають як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Невідкладні організаційні заходи

- Скерування до рододопомічного ЗОЗ. Транспортування до ЗОЗ з можливостями надання інтенсивної терапії.
- Повідомлення персоналу рододопомічного ЗОЗ, до якого скеровано пацієнтку. Оцінку та допомогу надає мультидисциплінарна команда (акушер-гінеколог, акушерка, анестезіолог, неонатолог, лаборант, персонал операційної, пункту переливання крові).
- Госпіталізація до рододопомічного ЗОЗ.

Клінічна оцінка

- Оцінка анамнезу (в разі стабільного стану матері, проводиться детальне вивчення анамнезу, в разі непритомного стану жінки - опитування родичів).
- Оцінка об'єму та характеру виділень (свіжа або застаріла кров).
- Термінова оцінка ступені тяжкості кровотечі та лікування, на яке потребує вагітна.

В оцінці величини крововтрати в разі ДК важливу роль відіграють клінічні ознаки ГШ шоку. Стан плода – є важливим індикатором ступеню тяжкості ДК та гіповолемії.

Враховуючи світовий досвід, величину крововтрати в разі ДК визначають як:

Кровомазання – плями крові 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 застосовують, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

Загальне обстеження (в разі відсутності масивної кровотечі)

- Оцінка висоти дна матки (відповідність строку гестації)
- Положення та передлежання плода: високе розташування передлеглої частини та/або неправильне положення плода свідчать про можливе передлежання плаценти.
- Пальпація живота
- УЗД надає можливість встановити діагноз передлежання плаценти, якщо він не був

встановлений раніше. УЗД не дозволяє виключити ПВНРП, має обмежені можливості. Огляд в дзеркалах в умовах операційної (окрім випадків, передлежання плаценти, встановленого УЗД) для встановлення джерела кровотечі, оцінки стану шийки матки та її розкриття.

- У разі виключення передлежання плаценти за даними УЗД, вагінальне дослідження проводиться в операційній: після розгортання операційної, підготовки бригади до початку операції та підготовки крові для трансфузії.
- Вислуховування ЧСС плода за допомогою стетоскопу. Спостереження за станом плоду проводять за допомогою КТГ у разі незначної ДК та стабільного стану матері або після стабілізації стану матері для визначення методу родорозродження. УЗД має бути застосовано для виявлення серцебиття плода.

Лабораторні дослідження

- Загальний аналіз крові.
- Група крові, резус, кров на сумісність.
- Жінкам з Rh(-)фактором – призначають анти-резусний імуноглобулін.

Загальні положення надання допомоги у разі ДК кровотечі (в залежності від величини виділень)

- Усі жінки з кровомазанням, що продовжується, та малою кровотечею повинні знаходитися у ЗОЗ до припинення кровотечі.
- Ретельне спостереження за станом матері та плода (КТГ, тест рухів плоду) протягом наступних 24 годин, враховуючи ризик відновлення кровотечі.
- Антенатальні стероїди мають бути призначені всім жінкам з ДК в разі стабільного стану матері та/або плода в термін 24 – 34 тижнів вагітності, зважаючи на ризик передчасних пологів.
- Призначення токолітиків припустиме в разі кровомазання або незначної кровотечі (див.вище) та появі перейм у жінок з діагнозом ПП та терміном гестації до 34 тижнів вагітності в умовах перинатальних центрів III рівня. Не використовують антогоністи кальцію при ДК (ризик гіпотензії). Токोलітики протипоказані при ПВНРП або при підозрі на ПВНРП!
- Антианемічна терапія за показаннями (рівень гемоглобіну нижче 110 г/л).
- У разі припинення кровотечі у вагітної з передлежанням плаценти – госпіталізація до строку пологів, планове родорозродження шляхом КР у 38-39 тижнів вагітності.
- У разі рецидиву кровотечі у жінки з ПП – терміновий КР незалежно від строку вагітності.
- У разі припинення кровотечі у вагітних з підозрою на ПВНРП – при відсутності больового синдрому та підвищенні тонуусу матки - спостереження, оцінка стану плода. Розродження в строк пологів.
- Велика кровотрата (оцінена від 250 до 1000 мл) – показання до ургентного розродження шляхом КР.
- Невідкладні організаційні заходи (див.вище) + замовити компоненти та препарати крові згідно таблиці 3. (див. клінічний протокол «Геморагічний шок в акушерстві»). Оцінка та корекція вітальних функцій.
- Загальне обстеження, лабораторні дослідження та моніторинг (див. вище)

Нааявні симптоми:

- Патологічні зміни серцевого ритму плода. Геморагічний шок.
- Значний абдомінальний біль або підвищення тонуусу матки.
- Кровотеча може бути зовнішня або внутрішня.

Організаційні заходи

- Ургентний дзвінок та термінова мобілізація всього персоналу до допомоги (згідно локального протоколу розподілу обов'язків в разі невідкладних станів).
- Повідомлення відповідального адміністратора.
- Керівник команди (відповідальний акушер-гінеколог або анестезіолог) надає

завдання та визначає члена команди, який документує подію.

Оцінка та корекція вітальних функцій В разі масивної крововтрати підтримка стану матері та проведення

реанімації повинні початися негайно. Стан матері – це пріоритет і він має бути стабілізований до встановлення стану плоду.

- Дихальні шляхи, дихання.
- Фіксація в документах вітальних ознак кожні 5 хвилин.
- Запобігання аорто-кавальній компресії – поворот на 15° вліво.
- Подача 100% кисню.

Відновлення крововтрати.

Знеболювання Доза та тип анестетика залежать від важкості больового синдрому. ПВНРП може потребувати призначення опіатів (промедол).

Спостереження

- Неінвазивне вимірювання АТ.
- Пульсоксиметрія.
- Оцінка функції нирок: зменшення об'єму менше 30 мл/год потребує на особливу увагу.

Внутрішньоутробна загибель плоду

- Обговоріть з жінкою план надання допомоги, враховуючи важкість кровотечі та стан матері.
- Чим довше плід буде знаходитись внутрішньоутробно – тим більше ризик розвитку ДВЗ.

Кесарів розтин

- Не залежно від стану плода (наявності ЧСС плода або внутрішньоутробна загибель плоду) після стабілізації стану матері – показано розродження шляхом ургентного кесарського розтину із загальною анестезією (вийняток- ПВНРП у другому періоді пологів).
- При наявності ЧСС плода - неонатальний реаніматолог має бути присутнім під час операції.
- Очікуйте та будьте готові до масивної післяпологової кровотечі.
- Катетеризація центральної вени для оцінки ЦВТ має бути налагоджена анестезіологом.
- З метою збереження матки відразу після вилучення дитини застосовуються утеротонічні засоби (окситоцин або ергометрин, карбетоцин, простагландини E1 та E2) та вазоконстриктори - терліпресин (місцево: 2 ампули (400 мкг) розвести в співвідношенні 1:2 фізіологічним розчином до 10 мл, обколоти матку. Максимальний ефект очікуємо через 5- 7 хвилин).
- В разі надмірної крововтрати застосовують методи хірургічного гемостазу покровоно: часткова деваскуляризація матки, компресійні шви, двостороннє накладання лігатур на внутрішні клубові артерії, а в разі неефективності – екстирпація матки з маточними трубами.
- В разі розвитку коагулопатії – див. протокол ДВЗ-синдром.

Передлежання плаценти – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, 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.

Фактори ризику виникнення передлежання плаценти:

- 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

Класифікація передлежання плаценти

1. Повне передлежання – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
2. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко.
3. Крайове передлежання – край плаценти доходить до внутрішнього вічка.
4. Низьке прикріплення плаценти – розташування плаценти у нижньому сегменті, нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття

У зв'язку з ростом матки зі збільшенням терміну вагітності, вид передлежання плаценти може змінюватись.

Клінічно можна думати про передлежання плаценти у жінок з вагінальною ковотечею після 20 тижнів вагітності. Високе розташування передлеглої частини, патологічне положення плода, відсутність болю або контактна кровотеча можуть свідчити про передлежання плаценти.

На сьогодні, класичне визначення типів передлежання плаценти, яке проводилось за допомогою пальцевого обстеження області внутрішнього вічка під час пологів (повне, неповне, крайове) є недопустимим. Чіткий діагноз має бути встановлений за допомогою УЗД.

Абдомінальне УЗД в 18-20 тижнів вагітності має виявити локалізацію плаценти. Лікар УЗД повинен зафіксувати відстань від краю плаценти до внутрішнього вічка шийки матки в міліметрах (в разі, коли край плаценти знаходиться на рівні внутрішнього вічка відстань дорівнює 0).

У разі, коли край плаценти досягає або перекриває внутрішнє вічко в 18-20 тижні вагітності (частота 2-4%) призначається трансвагінальне УЗД в 26-28 тижні вагітності, яке є безпечним та точним методом встановлення діагнозу. При підтвердженні діагнозу передлежання плаценти, навіть за відсутності кровотечі – госпіталізація в стаціонар до розродження.

У разі, якщо край плаценти знаходиться менш ніж на 20 мм від внутрішнього вічка або перекриває 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.

В випадку, коли після 35-36 тижнів вагітності край плаценти знаходиться більше ніж на 20 мм від внутрішнього вічка – з високою вірогідністю можна прогнозувати успішні вагінальні пологи.

Будь-яке перекриття внутрішнього вічка плацентою після 35-36 тижнів вагітності (>0-20мм) 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 (істинне прирощення плаценти – рІ

accreta/increte/percreta).

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 озерця 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 площина)
- Підвищена васкуляризація (бокова площина)
- Нерозподілені котелідони та інтравільозний кровообіг, хаотичні гілки, обвідні судини (бокова площина).

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.

У разі ДК – допомога надається відповідно до акушерської ситуації.

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).

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

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 лекції

1. Знати зласифікацію 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

1. Передлежання плаценти - це коли плацента:
 - 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 операційній**
 - 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?
 - A. Повне передлежання плаценти
 - B. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**
 - C. Розрив шийки матки
 - D. Розрив варикозного вузла у піхві
 - E. 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?
 - A. Часткове передлежання плаценти**
 - B. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти
 - C. Повне передлежання плаценти

- D. Розрив крайового синуса
- E. Емболія навколоплідними водами

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другі пологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздожнє, 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 її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плоду 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 – виливиль 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.

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Кровотечі під час вагітності і пологів.»

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
2. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
3. 9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
4. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
6. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі»,81 сторінка.
7. 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».

Б. По темі наступної лекції «Загроза невиношування (діагностика, невідкладна допомога)»

Питання

1. Визначення термінів "невиношування вагітності", "самовільний аборт".
2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.
3. Фактори ризику самовільного аборту.
4. Патогенез невиношування вагітності при різних формах.
5. Класифікацію самовільного аборту.
6. Клінічнику, діагностику, лікування різних формах самовільного аборту.
7. Лікарську тактику при різних формах самовільного аборту.
8. Визначення терміну "звичний аборт".
9. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.
10. Тактику ведення вагітності у жінок із звичним абортном.
11. Методи профілактики невиношування

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
2. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
3. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
4. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
5. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
6. Лихачев В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
8. Жук С.И., Чечуга С.Б., Лобастова Т.В. Современные аспекты патогенеза , диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. - №2. – С. 57-61.
9. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.