

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

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
практичного заняття для лікарів-курсантів циклу тематичного
удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Розриви і гематоми м якихпологових шляхів. Виворот матки. (Код курсу 3.2)
Курс	Тематичне удосконалення.
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення, погіршують якість життя.

Акушерський травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів. Проблеми вивчення етіології і патогенезу розривів та гематом пологових шляхів присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Розриви і гематоми пологових шляхів матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

II. Об'єм повторної інформації

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

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «акушерський травматизм».
2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.
3. Етіологію травм піхви.
4. Клініку, діагностику, лікування травм внутрішніх статевих органів
5. Клініку, діагностику, лікування розривів вагіни, гематом вагіни.
6. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику, клініку, діагностику, акушерську тактику при післяпологовому вивороті матки, профілактику цього ускладнення.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

№п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням	45
3.	Опанування практичних навичок	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач	20
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по	15

	темі заняття	
б.	Підсумок заняття	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм» (Наказ МОЗ України №582 від 15.12.3003). – Київ, 2004. – 11с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Добірка ситуаційних задач.
5. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
6. Інструментарій для огляду і зашивання родових шляхів.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан. .	овол. .
1.	Оцінити фактори ризику акушерського травматизму.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерського травматизму.		+	
3.	Скласти план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.		+	
5.	Провести огляд пологових шляхів.			+
7.	Провести ушивання розривів вагіни.			+
	Накладати шви при гематомі вагіни.			+
	Виконувати перінеотомію, епізіотомію, -ррафію.			+
	Проводити профілактику розривів м'яких тканин пологових шляхів.			+

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).
Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.
Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
2. Яка класифікація пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікація пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Яка етіологія травм вульви, вагіни?
5. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
6. Яка класифікація розривів вагіни?
7. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви ?
8. Які клініка, діагностика, лікування гематом вагіни?
9. Які клініка, діагностика, акушерська тактику при післяпологовому вивороті матки.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику акушерського травматизму.
2. Прогнозувати ризик акушерського травматизму.
3. Скласти план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.
4. Провести огляд пологових шляхів.
5. Провести ушивання розривів вульви.
6. Провести ушивання розривів вагіни.
7. Накладати шви при гематомі вагіни.

Тестові завдання

1.
У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння. Який діагноз?
A. Розрив шийки матки I ступеню
B. *Розрив шийки матки II ступеню*
C. Розрив шийки матки III ступеню
D. Розрив шийки матки IV ступеню
2.
Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня. Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?
A. Шкіра промежини

- В. Бічна стінка піхви
- С. М'язи промежини
- D.* Слизова оболонка прямої кишки

3.

Породілля 25 років народила живого хлопчика вагою 4000,0. Плацента та оболонки цілі. У післяпологовому періоді помірна кровотеча з пологових шляхів. Під час інструментального огляду пологових шляхів відмічається розрив глибокий розрив задньої стінки вагіни справа. Тактика лікаря.

- A.*Ушивання розриву вагіни.
- В. Утеротонічні засоби.
- С. Тампон з ефіром в заднє склепіння піхви.
- D. Пузир з льодом на промежину.

4.

Породілля С. 20 років, перші термінові пологи. З анамнезу - ерозія шийки матки. Перший період пологів тривав 4 години, потужний період тривав 30 хв. Ознак гіпоксії плода не було. Народився хлопчик вагою 3 800, ріст- 52 см. III період пологів без особливостей, матка скорочена, щільна. Із родових шляхів спостерігаються кровянисті виділення, які з'явилися ще в I періоді пологів. На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?

- A. * Розрив шийки матки.
- В. Передчасне відшарування плаценти
- С. Передлягання плаценти
- D. Розрив матки, що стався
- E. Гіпотонічна кровотеча

5

Після народження плода у першородячої відмічаються помірні кров'янисті виділення з піхви при відсутності ознак відокремлення плаценти. Через 5 хв самостійно відокремилась і народилась плацента без дефектів. Крововтрата 100 мл. Матка добре скоротилась, але кров'янисті виділення з невеликими згортками крові тривають. Вкажіть можливу причину кровотечі:

- A. Гіпотонія матки
- В. * Розрив шийки матки або піхви
- С. Залишки плацентарної тканини в матці
- D. Порушення коагуляції крові
- E. Розрив матки

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

У породіллі віком 25 років у III період пологів самостійно відокремився та виділився послід. Гемодинаміка породіллі стабільна. Через 20 хвилин з'явилися скарги на болі в ділянці промежини, відчуття тиску на пряму кишку. З пологових шляхів помірна кровотеча. При огляді пологових шляхів: шийка матки ціла, на задній боковій стінці піхви синьо-багрове вип'ячування, напружене при пальпації. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого доношеного плоду вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плоду в потиличній області була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід за народженням плоду почалася кровотеча яскраво-червоною цівкою, яка продовжувалася і після народження посліду. Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?

Задача 2.

Еталони відповідей

1. Ранній післяпологовий період. Гематома піхви
Тактика: Розкриття і прошивання гематоми.
2. Травма піхви або розрив шийки матки
Тактика: . Огляд пологових шляхів, зашивання травмованих тканин.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Травми зовнішніх статевих органів, промежини, піхви, шийки матки

Найчастіше в пологах травмуються зовнішні статеві органи, промежина і піхва.

Етіологія

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.

Травми зовнішніх статевих органів

До травматичного ушкодження в пологах найбільш уразливі тканини вульви і присінка піхви.

Клініка. Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.

Діагностика. Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.

Лікування – хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви вагіни

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в

поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colpogogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

Гематоми вульви, вагіни.

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія. Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:

- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка. Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації процесу, об'єму та швидкості наповнення.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Діагностика.

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

Лікування. Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають шви, тампують піхву, прикладають пузир з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепаровування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом на 30-40 хвилин. У тяжких випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Розриви промежини

Розриви промежини — найпоширеніший вид травматизму роділей.

Класифікація.

Розрізняють мимовільні (без зовнішнього впливу) і насильницькі (при акушерських операціях, неправильному веденні пологів) розриви промежини. За клінічним перебігом розрізняють загрозливий розрив промежини, такий, що почався, і такий, що відбувся. Клінічними симптомами загрозливого розриву промежини є ціаноз і набряк тканин унаслідок венозного застою, надалі шкіра стає блідою і блискучою. Про початок розриву свідчить поява кров'янистих виділень з піхви.

За глибиною ушкодження розрізняють розриви промежини трьох ступенів:

— I ступінь — розрив задньої спайки, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), м'язи промежини цілі;

— II ступінь — ушкодження шкіри промежини, стінок піхви та м'язів промежини. М'яз — замикач відхідника та пряма кишка цілі;

— III ступінь — окрім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього м'яза — замикача відхідника (неповний розрив III ступеня); у разі розриву слизової оболонки прямої кишки діагностують повний розрив III ступеня. Рідкісним видом є центральний розрив промежини, при якому спостерігають розриви задньої стінки піхви, м'язів тазового дна та шкіри промежини, а задня спайка і зовнішній м'яз — замикач відхідника залишаються цілими. Пологи відбуваються через новоутворений отвір.

Етіологія.

Виникнення розривів промежини залежить від анатомо-функціонального стану пологових шляхів і тактики ведення пологів. Розривів переважно зазнає висока, малоїдатлива, нееластична промежина роділь старшого віку, які народжують уперше, рубцево-змінена промежина після попередніх пологів. В етіології розривів промежини мають значення швидкі і стрімкі пологи, розгинальні вставлення голівки, тазові передлежання, великий плід, неправильне виконання прийомів захисту промежини, утруднення при виведенні плечового пояса, оперативні втручання та ін. При розриві промежини можлива кровотеча різного ступеня вираженості. Рана є вхідними воротами для висхідної інфекції. Надалі рана промежини, що зажила вторинним натягом, сприяє зиянню соромітної щілини, порушенню фізіологічного середовища піхви, розладам статевої функції: розірвані м'язи тазового дна не можуть виконувати свою функцію, поступово розвивається опущення і випадіння матки й піхви. При розривах промежини III ступеня відзначають нетримання газів і калу, що зумовлює інвалідизацію породітлі.

Діагностика.

Після пологів здійснюють огляд пологових шляхів. В асептичних умовах розводять великі і малі соромітні губи й уважно оглядають промежину, піхву. За допомогою дзеркал оглядають шийку матки, уточнюють висоту розриву слизової оболонки піхви, ступінь ушкодження промежини. За підозри на розрив промежини III ступеня вводять палець у пряму кишку і, натискаючи на передню стінку, визначають наявність ушкоджень кишки і м'яза — замикача відхідника.

Лікування.

Цілість промежини відновлюють під місцевою чи провідниковою анестезією розчином новокаїну або під загальним наркозом. Промежину починають зашивати з верхнього кута розриву, потім послідовно зверху вниз накладають на край стінки піхви шви до формування задньої спайки. Голку варто проводити під всією рановою поверхнею, оскільки можуть залишитися «кишені», у яких накопичується кров. Такі гематоми перешкоджають первинному загоєнню рани. При розривах промежини II ступеня спочатку накладають шви на верхній кут рани, потім з'єднують розірвані м'язи

промежини, а потім уже накладають шви на слизову оболонку піхви до задньої спайки і на шкіру. Таким чином, при розриві промежини I ступеня накладені шви розташовуватимуться в один поверх, при II ступені — у два поверхи. При розриві промежини III ступеня стінку прямої кишки ушивають вузлуватими швами, занурюючи їх в отвір кишки. Потім ушивають зовнішній м'яз — замикач відхідника вузловими швами, безперервними швами ушивають задню стінку піхви, окремими швами — ніжки м'язів — підіймачів відхідника після їх виділення. Окремі шви накладають на шкіру промежини. При зашиванні центрального розриву промежини спочатку розрізають ножицями тканини, які залишилися неушкодженими в ділянці задньої спайки, і в такий спосіб перетворюють його на розрив промежини II ступеня. Потім рану зашивають у звичайний спосіб. Післяопераційне ведення полягає в обробленні швів промежини тричі на добу і після кожного акту сечовипускання та дефекації. Після туалету шви просушують стерильним марлевым тампоном та обробляють розчином калію перманганату або 1 % спиртовим розчином брильянтового зеленого. Швидшому загоєнню рани сприяє ультрафіолетове опромінення промежини.

Профілактика.

З метою профілактики розривів промежини під час пологів здійснюють її розсічення — перинеотомію або епізіотомію. В основі профілактики розривів промежини лежить правильна тактика ведення пологів при ви

Виворіт матки

Рідкісним видом пологової травми є виворіт матки, що буває мимовільним і насильницьким. Акушерський виворіт матки, як правило, буває насильницьким. Він виникає при неправильних діях лікаря або акушерки в третьому періоді пологів: потягуванні за пуповину плаценти, що не відокремилася, застосуванні прийому Креде—Лазаревича щодо виділення посліду та ін. Шляхом натиснення на дно розслабленої гіпотонічної матки можна легко спричинити її виворіт, що часто ускладнюється травматичним шоком. При цьому з піхви звисає пухлиноподібне м'яке яскраво-червоного забарвлення утворення, на якому іноді локалізується плацента. Лікування полягає у вправленні матки під наркозом. У разі неефективності маніпуляції та за наявності ділянок некрозу в стінках матки, які виникають у зв'язку з різким порушенням кровопостачання органа після вивороту, а також інфікування застосовують хірургічні методи лікування (видалення матки).

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.

3. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.
4. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
5. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
6. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм» (Наказ МОЗ України №582 від 15.12.3003). – Київ, 2004. – 11с.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»

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

5.01.2017

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__ р.