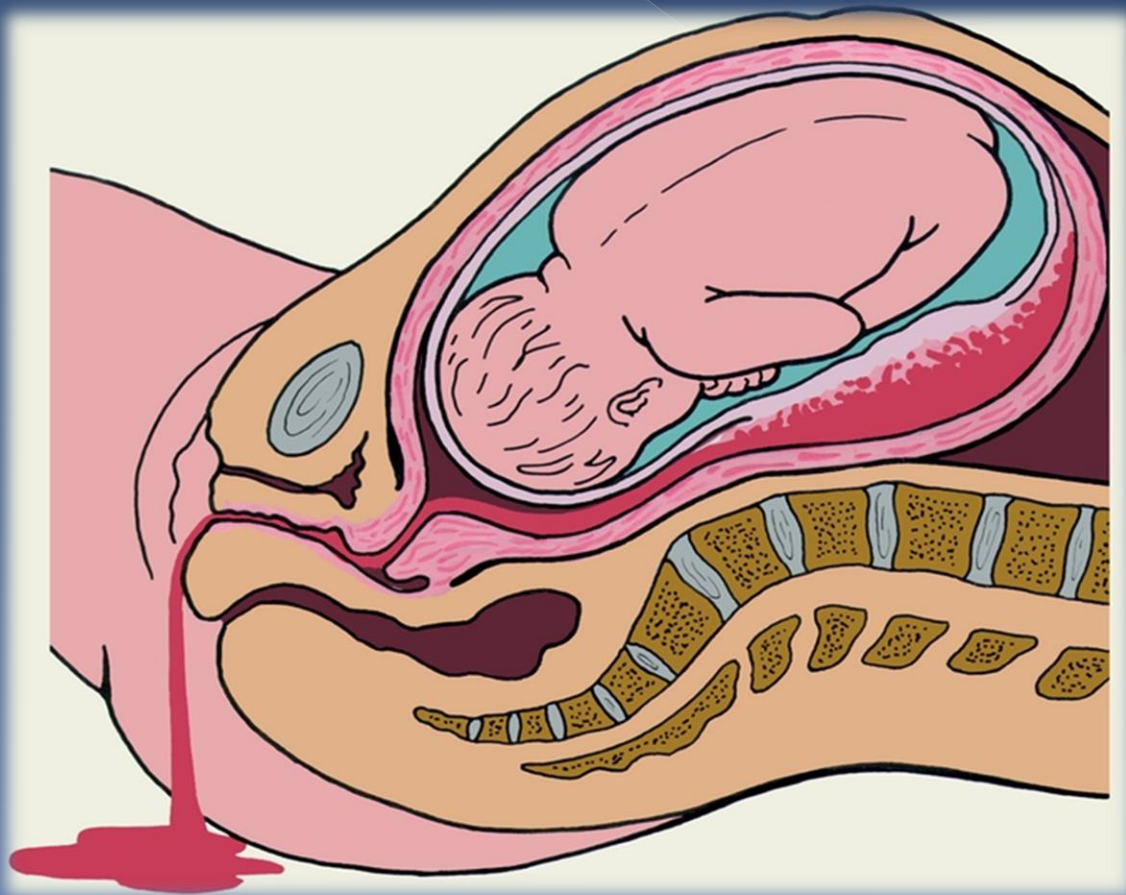


Акушерські кровотечі (теми № 4-6)



Знати:

Типи акушерських кровотеч;

Причини акушерських кровотеч.

Вміти:

Надавати невідкладну медичну допомогу при акушерських кровотечах.

Визначення

Акушерські кровотечі - одна із центральних проблем. Серед причин смертності вагітних, роділь та породіль акушерські кровотечі часто посідають перше місце. Це зумовлено не тільки власне патологією, але й залежить від організації допомоги під час пологів, наявності засобів боротьби з кровотечею, а головне – від підготовки кадрів (лікарів, фельдшерів, акушерок, медичних сестер).

Класифікація

Кровотечі у I половині вагітності:

- мимовільний викидень;
- міхуровий занесок;
- 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 матки;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

Післяпологова кровотеча:

- гіпотонічна кровотеча;
- затримка частин посліду;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплодовими водами;
- коагулопатична кровотеча.

Кровотечі, що не пов'язані з вагітністю:

- поліп шийки матки;
- рак шийки матки;
- із варикозно розширених вен малого тазу.

Кровотеча під час мимовільного викидня: викидня, що розпочався; викидня у розпалі; неповного мимовільного викидня.

- Клініка:
 - > біль переймоподібного характеру;
 - > кровотеча різної інтенсивності.
- Діагностика:
 - > оцінка загального стану вагітної;
 - > огляд шийки матки у дзеркалах, бімануальне дослідження;
 - > оцінка величини крововтрати.
- Лікування:
 - > інструментальне вишкрібання матки під внутрішньовенним наркозом (обов'язкове гістологічне дослідження отриманого матеріалу);
 - > холод на низ живота;
 - > препарати, скорочуючі матку (10 ОД окситоцину внутрішньовенно крапельно або 0,5 мкг метилергобревіну внутрішньовенно або внутрішньом'язово);
 - > при продовженні кровотечі 800 мкг мізопростолу ректально;
 - > відновлення величини крововтрати за показаннями;
 - > антибактеріальна терапія за показаннями.

Передлежання плаценти

- ◎ **Передлежання плаценти** – ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічній вагітності нижній край плаценти не досягає 7 см до внутрішнього вічка. Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8% загальної кількості пологів.



Центральне (повне) передлежання плаценти

Класифікація передлежання плаценти:



- 1. Повне передлежання (центральне) – плацента повністю перекриває внутрішнє вічко (рис. в) ;
- 2. Неповне передлежання – плацента частково перекриває внутрішнє вічко:
 - > а) бокове передлежання – внутрішнє вічко перекрите на 2/3 його площі (рис. б);
 - > б) крайове передлежання – до внутрішнього вічка підходить край плаценти (рис. а).
- 3. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти у нижньому сегменті нижче 7 см від внутрішнього вічка без його перекриття.
- У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням вид передлежання може змінюватись із збільшенням терміну вагітності.

Клініко-діагностичні критерії:

- До групи ризику виникнення передлежання плаценти, належать жінки, що перенесли:
 - > - ендометрити з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрія;
 - > - аборти, особливо ускладнені запальними процесами;
 - > - доброякісні пухлини матки, зокрема субмукозні міоматозні вузли;
 - > - дію на ендометрій хімічних препаратів;
 - > - жінки з гіпопластичною маткою.

Клінічні симптоми

- Патогномонічний симптом - обов'язкова кровотеча, яка може періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникає спонтанно або після фізичного навантаження, набуває загрозливого характеру:
 - > - з початком скорочень матки у будь-якому терміні вагітності;
 - > - не супроводжується болем;
 - > - не супроводжується підвищенням тонусом матки.
- Тяжкість стану зумовлена об'ємом крововтрати:
 - > - при повному передлежанні – масивна;
 - > - при неповному – може варіювати від невеликої до масивної.
- Анемізація, як результат кровотеч, що повторюються. При цій патології найбільш низький вміст гемоглобіну та еритроцитів у порівнянні з іншими ускладненнями вагітності, що супроводжуються кровотечами.
- Частим є неправильне положення плода: косе, поперечне, тазове передлежання, неправильні вставлення голівки.
- Можливі передчасні пологи.

Діагностика

- 1. Анамнез
- 2. Клінічні прояви - поява кровотеч, що повторюються, не супроводжуються болем та підвищеним тонусом матки.
- Акушерське дослідження:
 - > а) зовнішнє обстеження:
 - - високе стояння передлеглої частини;
 - - косе, поперечне положення плода, тазове передлежання;
 - - тонус матки не підвищений.
 - > б) внутрішнє обстеження (виконується тільки в умовах розгорнутої операційної):
 - - тістуватість тканин склепіння, пастозність, пульсація судин;
 - - неможливість через склепіння пропальпувати передлеглу частину.
- У разі кровотечі уточнення характеру передлежання не має сенсу тому, що акушерська тактика визначається об'ємом крововтрати та станом вагітної.
- Ультразвукове сканування має велике значення для з'ясування локалізації плаценти та встановлення правильного діагнозу.
- Передлежання плаценти з кровотечею є терміновим показанням до госпіталізації у стаціонар.

Алгоритм обстеження при надходженні вагітної з кровотечею до стаціонару:

- > - уточнення анамнезу;
- > - оцінка загального стану, об'єму крововтрати;
- > - загальноклінічне обстеження (група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма);
- > - зовнішнє акушерське обстеження;
- > - обстеження шийки матки та піхви при розгорнутій операційній за допомогою піхвових дзеркал для виключення таких причин кровотечі, як поліп шийки матки, рак шийки, розрив варикозного вузла, оцінки виділень;
- > - додаткові методи обстеження (УЗД) за показаннями за умови відсутності необхідності термінового родорозродження.



Лікування



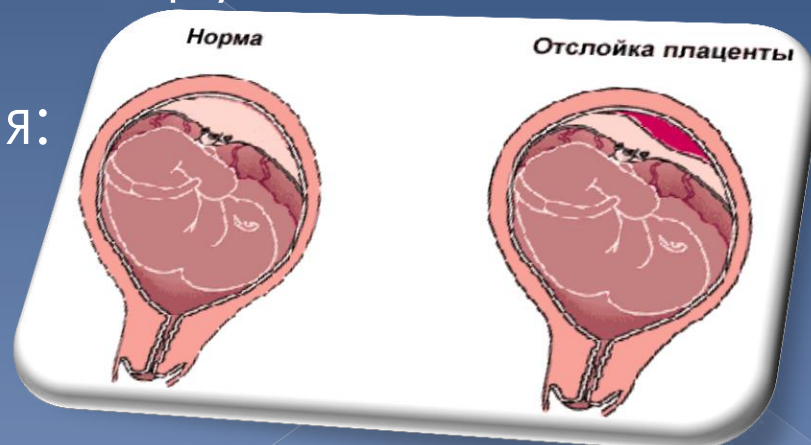
- Тактика лікування залежить від об'єму крововтрати, стану пацієнтки та плода, характеру передлежання, терміну вагітності, зрілості легень плода.
- **Принципи ведення пацієнток з передлежанням плаценти:**
 - > 1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легень плода при вагітності до 37 тижнів - вичікувальна тактика з відповідною медикаментозною терапією.
 - > 2. При припиненні кровотечі – УЗД дослідження, підготовна легень плода. Мета очікувальної тактики – пролонгування вагітності до терміну життєздатності плода.
 - > 3. У разі прогресуючої кровотечі, що стає неконтрольованою (більше 250 мл), супроводжується симптомами геморагічного шоку, дистресом плода, незалежно від терміну вагітності, стану плода (живий, дистрес, мертвий) термінове розродження.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

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

◎ **Класифікація:**

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



Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

- ◎ **Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:**
 - > - гестози;
 - > - захворювання нирок;
 - > - ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;
 - > - перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);
 - > - захворювання судинної системи (підвищений АТ, порушення у системі зсідання крові, підвищена проникливість судинної стінки);
 - > - цукровий діабет;
 - > - захворювання сполучної тканини;
 - > - запальні процеси матки, плаценти;
 - > - аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

- ◎ **Безпосередньою причиною може бути:**
 - > фізична травма;
 - > психічна травма;
 - > раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
 - > абсолютно чи відносно коротка пуповина;
 - > патологія скоротливої діяльності матки.

Клінічні симптоми:

- ◎ **1. Больовий синдром:** гострий локальний біль в проекції розташування плаценти, що потім поширюється на всю матку, попереk, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні. При відшаруванні плаценти, що розташована на задній стінці, біль може імітувати ниркову коліку.
- ◎ **2. Гіпертонус матки** аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками, токолітиками.
- ◎ **3. Кровотеча із піхви** може варіювати залежно від ступеню тяжкості та характеру (крайове або центральне відшарування) від незначної до масивної. Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня.



Діагностика:

- 1. Оцінка стану вагітної, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.
- 2. Зовнішнє акушерське обстеження:
 - - гіпертонус матки;
 - - матка збільшена у розмірах, може бути деформована (асиметрична) з локальним випинанням, якщо плацента розташована по передній стінці;
 - - болючість при пальпації;
 - - утруднення або неможливість пальпації та аускультації серцебиття плода;
 - - поява симптомів дистресу плода або його загибель.
- 3. Внутрішнє акушерське дослідження:
 - - напруженість плодового міхура;
 - - при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
 - - кровотеча різної інтенсивності із матки.
- 4. УЗ-дослідження (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієнток і без відшарування.

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



Лікування:

- **Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.**
- 1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без придатків.
- 2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому (див. відповідні протоколи).
- 3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

Передуюча операції амніотомія (якщо є умови);

- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру 1-2 см, або одне – до 3 см), та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), **консиліум лікарів вирішує питання про збереження матки.**

Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнини за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу.

Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів.

У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.



Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах



- - негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- - при головному передлежанні плода: накладання акушерських щипців;
- - при тазовому передлежанні: екстракція плода за тазовий кінець;
- - при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку.
- У деяких випадках більш надійним буде
- - кесарський розтин;
- - ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- - скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолу (ректально);
- - ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому (див. відповідні протоколи).

Емболія амніотичною рідиною

- ◎ **Емболія амніотичною рідиною** – критичний стан, який виникає у разі проникнення елементів навколоплодових вод у кровоток матері та супроводжується розвитком гострої серцево-легеневої недостатності або зупинки кровообігу.
- ◎ Таке ускладнення можливе при підвищенні тиску в амніоні вище, ніж у кровоносних судинах матки або зіянні венозних судин матки.

◎ I. Причини, які підвищують внутрішньоматковий тиск:

- > - надмірна пологова діяльність;
- > - швидкі та стрімкі пологи;
- > - застосування великих доз окситоцину;
- > - багатоводдя;
- > - великий або гігантський плід;
- > - багатоплідна вагітність;
- > - тазове передлежання;
- > - дистоція шийки матки;
- > - переношена вагітність;
- > - запізнілий розрив плодового міхура;
- > - грубі маніпуляції під час родорозродження (прийом Крістеллера та ін.)

◎ II. Причини, які викликають зіяння маткових судин:

- > - гіповолемія будь-якого походження;
- > - передчасне відшарування плаценти;
- > - передлежання плаценти;
- > - ручне відділення та видалення посліду з порожнини матки;
- > - кесарів розтин;
- > - гіпотонія матки.

◎ Клінічні ознаки:

- почуття страху;
- занепокоєння, збудження;
- озноб та гіпертермія;
- кашель;
- раптова блідість або ціаноз;
- різкий біль у грудях;
- задишка, шумне дихання;
- зниження АТ;
- тахікардія;
- коагулопатична кровотеча із пологових шляхів або інших травмованих місць;
- кома;
- судоми;
- смерть внаслідок фібриляції шлуночків впродовж декількох хвилин.



Лікувальна тактика:

- 1. Під час вагітності або пологів – термінове розродження.
- 2. Лікування кардіо-пульмонального шоку або проведення серцево-легеневої реанімації.
- 3. Корекція коагулопатії.
- 4. Своєчасне і в повному обсязі хірургічне втручання при кровотечі.
- Профілактика та лікування поліорганної недостатності.

Першочергові заходи:

- 1. При зупинці кровообігу - проведення серцево-легеневої реанімації.
- 2. При наростанні ознак дихальної недостатності - інтубація трахеї та ШВЛ 100% киснем з позитивним тиском в кінці видиху + 5 см вод ст.
- 3. Пункція та катетеризація підключичної або внутрішньої яремної вени з обов'язковим контролем ЦВТ. Набрати 5 мл крові для дослідження коагулограми та наявності елементів навколоплодових вод.
- 4. Катетеризація сечового міхура постійним катетером.

Післяпологова кровотеча

- ◎ **Післяпологова кровотеча** – це втрата крові 0,5% або більше від маси тіла жінки після народження плода.
- ◎ **Фізіологічна крововтрата** до 0,5% від маси тіла жінки після народження плода
- ◎ **Типи післяпологових кровотеч:**
 - > 1. Кровотечі у третьому періоді пологів.
 - > 2. Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоду або протягом 24 годин після пологів.
 - > 3. Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів.

Післяпологові кровотечі

- гіпотонічна кровотеча;
- атонічна кровотеча;
- затримка частин посліду (плаценти, оболонок);
- розрив м'яких тканин пологових шляхів;
- розрив матки;
- емболія навколоплодовими водами;
- коагулопатична кровотеча.

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- - Обтяжений акушерський анамнез (кровотечі у попередніх пологах, аборти, самовільні викидні);
- - гестоз;
- - великий плід;
- - багатоводдя;
- - багатоплідна вагітність;
- - міома, інші пухлини матки;
- - рубець на матці.
- - хронічний ДВЗ-синдром;
- - тромбоцитопатії;
- - антенатальна зигибель плода;



Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- - статевий інфантилізм;
- - часті дитячі інфекції;
- - вік роділля до 18 років або роділля у старшому віці;
- - супутня екстрагенітальна патологія (захворювання печінки, нирок, цукровий діабет, ожиріння, вади серця, гіпертонія, гіпотонія, анемія тощо);
- - запальні захворювання матки;
- - операції на яєчниках;
- - загроза переривання вагітності у різні терміни;

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- - недоношена вагітність;
- - аномалії прикріплення та розташування плаценти;
- - погано знеболені пологи;
- - аномалії пологової діяльності;
- - пологи з неадекватною стимуляцією;
- - затяжні пологи.

Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів

◎ **Причини:**

- > - затримка частин плаценти або оболонок;
- > - патологія прикріплення та відокремлення плаценти;
- > - защемлення плаценти.

Величина крововтрати залежить від виду порушення прикріплення плаценти: повного, часткового прирощення або пророщення плаценти.

◎ **Клінічні прояви:**

- > 1. Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хвилин без значної крововтрати – патологія прикріплення або пророщення плаценти.
- > 2. Кровотеча розпочинається відразу після народження посліду – затримка частин плаценти або оболонок
- > 3. Кровотеча розпочинається після народження дитини без відділення плаценти – защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

Рання (первинна) післяпологова кровотеча

◎ Причини ранньої післяпологової кровотечі:

- > - гіпотонія або атонія матки (у 90% випадків);
- > - затримка частин плаценти або оболонок;
- > - травматичні пошкодження пологових шляхів;
- > - порушення згортання крові (гіпофібриногенемія, афібриногенемія, фібриноліз);
- > - первинні захворювання крові.

Причини гіпотонії або атонії матки:

- - порушення функціональної здатності міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя та інші);
- - перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики), гіпоксія під час пологів, тощо);
- - порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландини).
- - порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти та посліду;
- - ідіопатичні (не встановлені).

Післяпологова вторинна (пізня) кровотеча

© Основні причини пізніх після пологових кровотеч:

- > - затримка частин плаценти або посліду;
- > - відходження некротичних тканин після пологів;
- > - розходження швів та ран матки (після кесаревого розтину або розриву матки).
- > Найчастіше пізня післяпологова кровотеча виникає на 7-12 день після пологів.

Профілактика післяпологових кровотеч:

1. Під час вагітності:

- оцінка факторів ризику виникнення кровотеч;
- фактори, які сприяють виникненню кровотеч у післяпологовому періоді

Попередні вагітності	Фактори, які виникають під час вагітності	Фактори, що з'являються під час пологів
Первородящі	Повне передлежання плаценти	Родозбуждення
Більше 5 пологів в анамнезі	Відшарування плаценти	Тривалі або утрудненні пологи
Патологія відділення або виділення плаценти	Багатоводдя	Стрімкі пологи
Операції на матці в анамнезі, включаючи кесарів розтин	Багатоплідна вагітність	Ургентний кесарів розтин
Тривалі або утрудненні пологи в анамнезі	Внутрішньоутробна загибель плода	Розродження за допомогою акушерських щипців
Фонові захворювання – серцево-судинні, цукровий діабет, порушення згортання крові	Важка прееклампсія, еклампсія	Хоріонамніоніт
Анемія	Гепатит	ДВЗ-синдром
Міома матки	Стани, що пов'язані з анемією	Загальна або епідуральна анестезія

2. Під час пологів:

- - знеболення пологів;
- - уникнення тривалих пологів;
- - активне ведення третього періоду пологів;
- - використання утеротонічних препаратів у третьому періоді пологів.
- - рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
- - профілактика травматизму під час пологів.

3. Після пологів:

- - обстеження та огляд пологових шляхів;
- - уважний нагляд протягом 2 годин після пологів;
- - у вагітних групи ризику в/в краплинне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 годин після пологів.

Дякуємо за
увагу =)

● **Контрольні питання:**

- Акушерські кровотечі – це...?
- Класифікація акушерських кровотеч?
- Передлежання плаценти – це...?
- Класифікація передлежання плаценти?
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це...?
- Класифікація?
- Причини виникнення передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?
- Клінічні симптоми?
- Лікування?
- Особливості кесаревого розтину?
- Післяпологова кровотеча – це...?
- Типи післяпологових кровотеч?
- Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч?
- Причини виникнення кровотеч у послідовому періоді пологів?
- Назвіть основні причини пізніх післяпологових кровотеч?

- **Задачі:**

- №1

- У пацієнтки з повторною вагітністю терміном 8 тижнів виникнули переймоподібний біль унизу живота і сильна кровотеча зі статевих шляхів. Викликано машину «Швидкої допомоги».

- Діагноз ?

- Тактика ?

- №2

- До вагітної додому викликано фельдшера ФАПу. Годину тому у вагітної почалися кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Перша вагітність завершилася 2 роки тому пологам, ускладненими у ранній післяпологовий період кровотечею, перенесла метроендометрит. Розмір матки відповідає доношеній вагітності. Положення плода поздовжнє, голівка високо над входом у малий таз. Серцебиття плода 180 за 1 хв. Пологової діяльності немає.

- Діагноз?

- Тактика фельдшера?

● **Тести:**

- Повне передлежання плаценти - це ...
- а) плацента частково перекриває внутрішнє вічко;
- б) плацента повністю перекриває внутрішнє вічко;
- в) внутрішнє вічко перекрите на $\frac{2}{3}$ його площі.
-
- До групи ризику виникнення передлежання плаценти, належать жінки, що перенесли:
- а) доброякісні пухлини матки, аборти;
- б) розрив матки;
- в) розрив шийки матки.
- 3. Які за класифікацією кровотечі у I половині вагітності:
- а) передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- б) позаматкова вагітність (у тому числі шийкова вагітність);
- в) передлежання плаценти.

- 4. Передчасне відшарування плаценти виникає:
 - а) у I період пологів ;
 - б) у III період пологів;
 - в) у II період пологів;
 - г) у I-II період пологів.
- 5. Причини, які викликають зіяння маткових судин:
 - а) багатоплідна вагітність;
 - б) запізнілий розрив плодового міхура;
 - в) кесарів розтин.
- 6. Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:
 - а) гіпотонія або атонія матки;
 - б) затримка частин плаценти або оболонок;
 - в) міома матки.
- 7. Кровотеча у послідовому (третьому) періоді пологів:
 - а) патологія прикріплення плаценти;
 - б) травматичні пошкодження пологових шляхів;
 - в) затримка частин плаценти або оболонок.

- 8. До чого призводять масивні акушерські кровотечі:
 - а) геморагічного шоку;
 - б) гемолітичний шок;
 - в) анафілактичний шок.
- 9. Клініка кровотеч під час мимовільного викидня:
 - а) біль переймоподібного характеру;
 - б) занепокоєння, збудження;
 - в) раптова блідість або ціаноз.
- 10. Якими симптомами характеризується клінічна картина гіпотонічної кровотечі:
 - а) матка у вигляді «піскового годинника»;
 - б) кровотеча з матки не постійна, матка м'яка, скорочується дуже погано;
 - в) позитивний симптом Генкель-Вастена.

Рекомендована література:

- Невідкладні стани в акушерстві – І.Б. Назарова 2006.