

**ТЕМА №4-6: Невідкладна
допомога при акушерських
кровотечах.**

Спеціалізація: лікувальна справа
Кількість навчальних годин:12

Актуальність теми

Серед різних акушерських ускладнень, які виникають під час вагітності, у пологах і в післяпологовий період, кровотечі займають одне з провідних місць як причина материнської смертності.

Оскільки запобігти кровотечі важко, особливого значення набувають правильне і раннє розпізнавання причини кровотечі, а також постійна готовність персоналу до боротьби з кровотечею будь-якого походження і надання допомоги, яка охоплює:

підрахунок фізіологічної крововтрати в пологах, засобів її відновлення, складення плану надання послідовної невідкладної допомоги при кожному виді акушерської кровотечі, визначення шокowego індексу в разі геморагічного шоку, визначення транспортабельності, участь у транспортуванні вагітних і роділь.

Навчальна мета



Знати

- чинники виникнення кровотеч;
- план ведення вагітних із кровотечею;
- правила заповнення відповідної документації;
- етіопатогенез, клінічні форми передлежання плаценти і передчасного відокремлення нормально розміщеної плаценти;
- порушення механізму відокремлення плаценти;
- види прирощення плаценти;
- порушення скоротливої здатності матки;
- затримання частин плаценти;
- причини порушення гемостазу;
- правильне ведення третього періоду пологів;
- невідкладні операції щодо припинення кровотечі.

Вміти

- скласти набір інструментів для вишкрібання порожнини матки;
- скласти схему надання допомоги при масивній кровотечі;
- визначити фактичну крововтрату;
- провести амніотомію (на фантомі);
- визначити ознаки відділення плаценти;
- активно вести III період пологів;
- надати невідкладну допомогу при кровотечах в III періоді пологів;

Вміти

- ⦿ *провести ручне відшарування плаценти;*
- ⦿ *виконати ручну ревізію порожнини матки;*
- ⦿ *провести зовнішній масаж матки;*
- ⦿ *здійснити перетискання черевної аорти;*
- ⦿ *виконати ручне обстеження порожнини матки;*
- ⦿ *провести масаж матки на кулаці.*

Виховна мета

*Виховати в студентів
спостережливість,
тактовність, почуття
відповідальності, любов до
обраної професії.*

Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни: анатомія, фізіологія, фармакологія.	Будову, топографію жіночих статевих органів. Фізіологічні процеси в жіночих статевих органах в нормі. Групи, механізми дії, дозування препаратів.	Схематично зобразити будову жіночих статевих органів. Пояснити фізіологічні процеси в жіночих статевих органах. Визначити принципи медикаментозного лікування хворої.
2. Наступні дисципліни (що забезпечуються): невідкладні стани у внутрішній медицині, хірургії.	Симптоми та синдроми при захворюваннях внутрішніх органів .	Складання плану обстеження хворої та надання невідкладної допомоги.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даної дисципліни, з якими інтегрується та, що вивчається)	Проводити опитування і об'єктивне обстеження хворої. Комплекс лабораторно-інструментальних досліджень, які доцільно використати в діагностиці захворювань	Вміти оцінити значення даних об'єктивного обстеження та результатів інструментально-лабораторних досліджень в діагностиці патологічних станів. Виявляти основні симптоми і синдроми

Зміст теми заняття

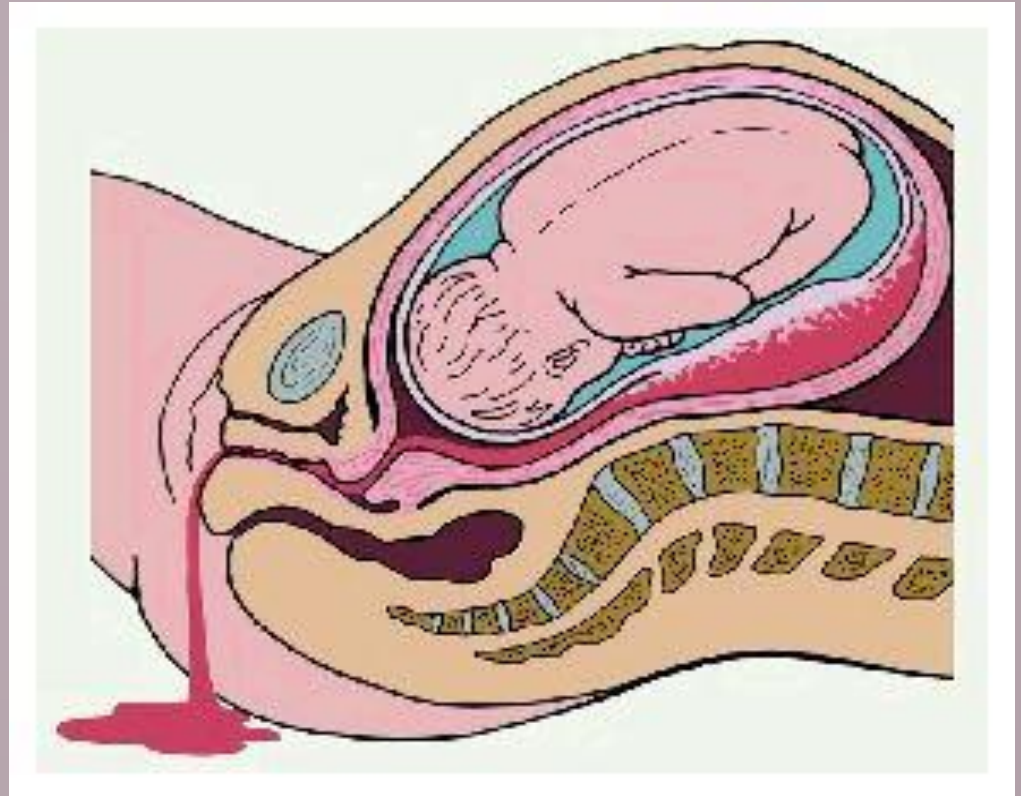
План :

Вступ.

1. Класифікація аномального розташування плаценти.
2. Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти.
3. Клінічна картина передлежання плаценти .
4. Діагностика .
- 5.Кровотеча під час вагітності – плацентарне передлежання.
- 6.Кровотеча під час вагітності - загроза передчасних пологів.
- 7.Патологія прикріплення плаценти .
- 8.Акушерська тактика при недоношеній вагітності.
9. Акушерська тактика при доношеній вагітності.
10. Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів. Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч.
- 11.Гіпотонічні та атонічні кровотечі .
- 12.Методи визначення величини крововтрати.

Кровотечі.

Кровотечі під час вагітності та пологів - це найбільш небезпечні ускладнення, які загрожують життю вагітної, роділлі, породіллі та її малюку.



Кровотечі під час вагітності і в пологах переважно бувають обумовлені передлежанням плаценти та передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти. Значно рідше можуть бути зумовлені розривами варикозно розширених вен піхви, патологічними процесами в ділянці шийки матки, травмою пологових шляхів.

Передлежання плаценти

Під передлежанням плаценти (placenta praevia) розуміють аномалію, при якій плацента розташована в ділянці нижнього сегменту нижче передлеглої частини і частково або повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки. При фізіологічному розташуванні нижній край плаценти знаходиться вище 7 см від внутрішнього вічка.

Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8 % від загальної кількості пологів.



Класифікація аномального розташування плаценти :

- ◎ *Повне передлежання (центральне)* - плацента, що розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
- ◎ *Неповне передлежання* - плацента, що розташована в нижньому сегменті частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
- ◎ *Низьке прикріплення плаценти* – розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти :

- ⊙ незрілість елементів трофобласту бластоцити.
- ⊙ запально-дегенеративні зміни ендометрія та нервово-м'язевого апарату матки.



В механізмі кровотечі при передлежанні плаценти основну роль відіграють скорочення м'язів матки та розтягнення нижнього сегменту в процесі вагітності та під час пологів з порушенням цілісності міжворсинкового простору. Ворсинки плаценти, в зв'язку з їх нездатністю до розтягнення, втрачають зв'язок зі стінками матки



Термін появи кровотечі та сила залежать від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання. Так, при центральному (повному) передлежанні кровотеча нерідко починається рано – в 2 триместрі вагітності; при боковому та краєвому (неповному) передлежанні – в 3 триместрі або під час пологів.

Важкість стану жінки визначається об'ємом і темпом крововтрати. Сила кровотечі при повному передлежанні більш значна, ніж при неповному. Перша кровотеча зазвичай починається спонтанно. Іноді вона може бути настільки інтенсивною, що супроводжується смертельними наслідками, як для матері так і для плода, а неодноразові повторні кровотечі, хоча і є досить небезпечними, однак за наслідками можуть бути більш сприятливими.



У разі, коли кров'янисті виділення спостерігаються у вагітних ще в 1 триместрі, їх слід розцінювати як тривожний сигнал, що може свідчити не тільки про загрозу переривання вагітності. Але й про глибоке занурення ворсин хоріона в підлеглі тканини з порушенням судин. Така ознака має місце не тільки при передлежанні плаценти, а й при більш небезпечній патології – шийковій та перешийково – шийковій вагітності.



Клінічна картина передлежання плаценти

- ◉ Ведучим клінічним симптомом є раптові без больових відчуттів кров'яністі виділення, які можуть періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникають спонтанно або після фізичного навантаження. Кров'яністі виділення набувають загрозливого характеру з початком скорочень матки у будь-якому терміні.

В механізмі кровотечі при передлежанні плаценти основну роль відіграють скорочення м'язів матки та розтягнення нижнього сегменту в процесі вагітності та під час пологів з порушенням цілісності міжворсинкового простору. Ворсинки плаценти, в зв'язку з їх нездатністю до розтягнення, втрачають зв'язок зі стінками матки.

Термін появи кровотечі та її сила залежать від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання. Так, при центральному (повному) передлежанні кровотеча нерідко починається рано – в II триместрі вагітності; при боковому та краєвому передлежанні (неповному) – в III триместрі або під час пологів.

Діагностика

Для встановлення діагнозу необхідно:

- Зібрати анамнез: детальне опитування вагітної з метою виявлення факторів ризику, що могли б призвести до аномалії розташування плаценти.*
- Оцінити клінічні прояви – поява кровотечі, що повторюється, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.*

Проведення акушерського обстеження

А. Обережне зовнішнє акушерське обстеження:

- ⦿ високе розташування передлеглої частини;
- ⦿ тонус матки не підвищений;
- ⦿ аускультативно в ділянці нижнього сегменту може визначатися шум плаценти;
- ⦿ може виявлятися неправильне положення плода, або тазове передлежання.

Б. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах виключно в умовах **пологового будинку та розгорнутої операційної**:

- ⦿ дозволяє виключити інші джерела кровотечі (розрив варикозних вузлів піхви, псевдоерозію і рак шийки матки).

В. Піхове дослідження виключно в умовах розгорнутої операційної:

При закритій шийці матки:

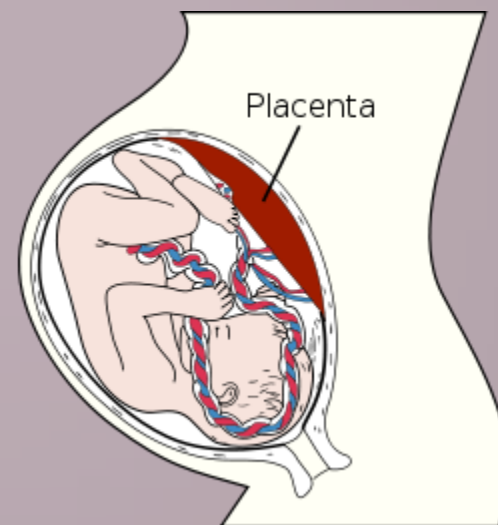
- *через склепіння пальнується тістуватість, пастозність тканин,*
- *пульсація судин;*
- *високе стояння передлеглої частини і неможливість її пальпувати;*

При відкритті шийки матки не менше ніж на 4-6 см виявляють:

- *плацентарну тканину – повне передлежання (placenta praevia totalis);*
- *плідні оболонки і тканину плаценти – бокове передлежання (placenta praevia lateralis);*
- *плідні оболонки і край плаценти – крайове передлежання (placenta praevia marginalis);*
- *шороховатість плідних оболонок – низьке прикріплення плаценти.*

Кровотеча під час вагітності – плацентарне передлежання.

Плацентарне передлежання - серйозне ускладнення процесу виношування дитини, полягає в частковому або повному приховуванні внутрішнього зів'язи матки оболонкою плаценти. Саме на даній підставі класифікується часткове або повне плацентарне передлежання. Основний симптом передлежання - це повторні маткові кровотечі, які зазвичай спостерігаються при даній патології в другому і третьому триместрах. Виділення мають **темний червоний колір** і протікають безболісно. Кожна наступна маткова кровотеча під час вагітності відрізняється все більшою інтенсивністю. Лікування визначається терміном вагітності, рясністю виділень і типом плацентарного передлежання.



Чому розвиваються кровотечі під час вагітності :

- ерозія;*
- трубна вагітність;*
- кровотеча при імплантації
зародка;*
- варикоз піхвових вен;*
- небезпека викидня;*
- плацентарне передлежання;*
- загроза передчасних пологів.*



Кровотечі у ранні терміни вагітності.



Найчастіше причиною кровотечі у ранні терміни вагітності є мимовільний аборт. Викидень зазвичай характеризується двома симптомами : кровотечею і переймоподібними болями внизу живота.

Загроза викидня.

Це випадки, коли вагітна скаржиться на ниючі або незначні переймоподібні болі внизу живота.

Зазвичай ніяких кров'янистих виділень при цьому ще немає.



Викидень, що розпочався.

*В цих випадках, разом з
переймоподібними болями,
жінки скаржаться на появу
сукровичних виділень. При цій
формі викидня ми уже маємо
часткове відшарування
дитячого місця. Жінку
негайно госпіталізують.*





Неповний викидень.

Виділяється велика кількість рідкої крові і згустків, хвору необхідно негайно доставити до лікарні для видалення з матки залишків плодового яйця, які перешкоджають матці скорочуватись і цим підтримують довготривалу кровотечу.

Повний викидень.

Викидень, коли плодове яйце вийшло повністю, в матці нічого не залишилось і кровотеча припинилась.



Кровотеча під час вагітності - загроза передчасних пологів

Про загрозу ранніх пологів піднімають питання після двадцять другого тижня вагітності. Основними проявами загрози передчасних пологів є надмірний тонус матки, переймоподібні болі, потенційне відторгнення навколоплідної рідини, ознаки розкриття шийки матки. Якщо плодовий міхур не пошкоджений і сам плід знаходиться в нормальному стані, то проводять специфічну терапію, спрямовану на доношування дитини на максимально довгий термін. В один час з цим виконується профілактика кисневого голодування дитини та заходи, спрямовані на правильний внутрішньоутробний розвиток легеневої тканини.

Патологія прикріплення плаценти.

Розрізняють дві **форми патологічного прикріплення** плаценти:

- **щільне прикріплення (*placenta adhaerens*)** - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.
- **прирощення плаценти (*placenta accrete*)** - таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

- *placenta increta* – ворсини вростають у м'язовий шар матки;
- *placenta percreta* – ворсини проростають і м'язовий, і серозний шари матки.

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

повним - якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;

частковим – якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок з плацентарною площиною.

***Причини патології прикріплення
плаценти обумовлені факторами, які
можна розділити на наступні групи:***

*структурно-морфологічні зміни в ендометрії і
міометрії після операцій чи запальних процесів;*

*пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги
в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між
ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;*

обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви:

Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самотійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

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. 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 матки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.



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 матки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів:

- ⊙ *патологія прикріплення плаценти;*
- ⊙ *затримка частин плаценти або оболонок;*
- ⊙ *защемлення плаценти.*

Слід відмітити, що частою причиною кровотечі в послідовому періоді є затримка в матці плаценти, її частини, додаткової частки, 2/3 оболонок. В свою чергу причиною затримки в матці посліду та його частини можуть бути фактори, що знижують тонус матки та її скоротливу здатність.

Післяпологові кровотечі.

Патологічною кровотечею може вважатися втрата крові більше 0,5 % від маси тіла чи більше 500 мл. Обсяг кровотечі оцінюється не тільки на основі кількості втраченої крові, але й з урахуванням індивідуальних фізіологічних реакцій жінки (неадекватне збільшення об'єму крові при прееклампсії, важкість компенсації крововтрати при тяжкій анемії тощо)

2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плода та терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину.



Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- обтяжений акушерський анамнез (кровотечі при попередніх пологах, аборти, самовільні викидні);**
- гіпертензивні розлади та прееклампсія;**
- великий плід;**
- багатоводдя;**
- багатоплідна вагітність;**
- лейоміома матки;**
- рубець на матці**
- хронічний ДВЗ-синдром;**
- тромбоцитопатії;**
- антенатальна загибель плода.**

Акушерська тактика при патології прикріплення, відокремлення або виділення плаценти.

- 1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.**
- 2. Випорожнення сечового міхура.**
- 3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.**
- 4. У разі защемлення посліду зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.**
- 5. У разі затримки частин плаценти або оболонок - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.**
- 6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв., (у вагітних із групи ризику - 15 хв.) з подальшим ручним відокремлення плаценти та виділенням посліду.**
- 7. При появі кровотечі - термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.**
- 8. Введення утеротонічних засобів - 10 -20 ОД окситоцину в/в на 400мл фізіологічного розчину в/в крапельно.**
- 9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без додатків.**
- 10. Оцінка величини крововтрати та відновлення величини ОЦК (див. лікування геморагічного шоку).**

КРОВОТЕЧІ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.

За класичним визначенням ранньою (первинною) післяпологовою кровотечею є крововтрата в перші 24 год. після пологів. Кровотеча, що виникає після 24 год. та до 6 тижнів є пізньою (вторинною). Пізня післяпологова кровотеча найчастіше виникає на 7-12 дні після пологів.

РАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВІ КРОВОТЕЧІ

Класифікація ранніх післяпологових кровотеч:

гіпотонія та атонія (у 90% випадків) матки;

затримка частин плаценти або оболонок;

травми пологових шляхів (див. материнський травматизм);

коагулопатична кровотеча (див. ДВЗ-синдром);

розриви матки;

емболія навколоплідними водами.

Гіпотонічні та атонічні кровотечі

--- Маткові кровотечі в перші години післяпологового періоду (ранні післяпологові кровотечі) найбільш часто пов'язані з порушенням скоротливої діяльності матки (гіпо- і атонічний стан). Частота гіпотонічних кровотеч становить 3-4% від загальної кількості пологів, а в структурі усіх кровотеч в післяпологовому періоді – 90%.

--- Терміном «атонія» визначають стан матки, при якому міометрій повністю втрачає властивість скорочуватися. Гіпотонія матки характеризується зниженням тонусу і недостатньою здатністю матки до скорочення.

Причини гіпотонії і атонії матки.

-- ендокринопатії, соматичні захворювання, вади розвитку, пухлини матки, рубець на матці, крупний плід, багатоводдя, багатопліддя);

-- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі 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 і посліду;

-- ідіопатичні (не встановлені), ятрогенні.

Клінічна картина гіпотонічних та атонічних кровотеч

Може спостерігатися 2 клінічні варіанти кровотеч.

Перший варіант: відразу після народження посліду матка втрачає здатність скорочуватися; вона атонічна, не реагує на механічні, температурні і медикаментозні подразники, кровотеча з перших хвилин носить характер профузного, швидко приводить породіллю у шоковий стан.

Другий варіант: матка періодично розслабляється; під дією засобів, що стимулюють мускулатуру, тонус і скорочувальна здатність її тимчасово відновлюються; потім матка знову стає дряблою; кровотеча хвилеподібна; періоди підсилення чергують з майже повною зупинкою; кров втрачається порціями по 100-200 мл. Організм породіллі компенсує таку крововтрату, якщо акушерська допомога надається вчасно і в достатньому обсязі. Якщо акушерська допомога запізнюється або проводиться безсистемно, відбувається виснаження компенсаторних можливостей організму. Матка перестає реагувати на збудники, приєднуються порушення гемостазу, кровотеча стає масивною, розвивається геморагічний шок. Другий варіант гіпотонічної кровотечі зустрічається значно частіше.

Методи визначення величини крововтрати

1.Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 15\%$ (при крововтраті менше 1000 мл)

або

Об'єм крововтрати = $V/2 \times 30\%$ (при крововтраті більше 1000 мл)

де V - вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплідні води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

0,036 x вихідний об'єм крові/ маса тіла x гематокрит

Вихідний об'єм крові (мл/кг) = 24/0,86 x вихідний гематокрит x 100

3. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \text{ЧСС} / \text{АТс}$$

де ЧСС- частота серцевих скорочень; АТс - систолічний артеріальний тиск

У нормі індекс Альговера =0,5.

За значеннями індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера

- ⊙ 0.8 та менше
- ⊙ 0.9-1.2
- ⊙ 1.3-1.4
- ⊙ 1.5 та більше

Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)

- ⊙ 10%
- ⊙ 20%
- ⊙ 30%
- ⊙ 40%

Доцільно проводити надання допомоги за наступною схемою:

- Оцінка загального стану породіллі та величини крововтрати (див. нижче).
- Термінове обстеження (рівень гемоглобіну, гематокрит, коагулограма, група та резус фактор, біохімічний аналіз крові).
- Катетеризація периферичних (або і центральних) вен в залежності від стану жінки.
- Випорожнення сечового міхура.
- Введення утеротонічних засобів: в/в крапельно *окситоцин* 10-20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину,
- Ручне обстеження матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності матки, особливо лівої стінки, видалення згортків крові, залишків плаценти та оболонок).

- **Огляд пологових шляхів та зашивання розривів.**
- **З метою зменшення крововтрати рекомендована тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.**
- **Зовнішній масаж матки (20-30 с через 1 хв.).**
- **У разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально.**
- **Відновлення ОЦК та крововтрати (див. розділ "Геморагічний шок").**
- **При крововтраті 1,5% від маси тіла і тривалій кровотечі слід застосувати хірургічне втручання в обсязі екстирпації матки без придатків, а при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій.**
- **При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туго тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).**

***Матеріали
контролю для
підготовчого
етапу заняття***

Контрольні питання

1. Яке визначення поняття «передлежання плаценти»?
2. Які методи діагностики передлежання плаценти?
3. Яка акушерська тактика при передлежанні плаценти у разі доношеної вагітності?
4. Який характер мають кровотечі при передлежанні плаценти?
5. Які методи профілактики передлежання плаценти?

Тести

1. Яку крововтрату вважають пограничною:

- А. 530 мл.
- Б. 730 мл.
- В. 400 мл.
- Г. 250 мл?

2. Причини кровотечі в ранній післяпологовий період:

- А. Гіпотонія матки.
- Б. Розрив матки.
- В. Розриви.
- Г. Порушення згортання крові.

3. Причини ДВЗ-синдрому:

- А. Ручне обстеження порожнини матки.
- Б. Передлежання плаценти.
- В. Мертвий плід.
- Г. Rh-негативна кров з антитілами.

4. Повторно вагітна 33 років, вагітність 37 тижнів поступила зі скаргами на рясні кров'яністі виділення з піхви. Об'єктивно: бліда, пульс 100 уд./хв., тиск 100/60 мм рт.ст. Матка в нормальному тонусі. Серцебиття плода глухе, 180 уд./хв., ритмічне. При внутрішньому дослідженні: шийка матки скорочена до 1 см, за вічком плацентарна тканина. Виділення кров'яністі, рясні. Яка найбільш раціональна тактика ведення вагітної?

- А. Терміново розродити операцією кесаревого розтину .
- Б. Призначити гемостатичні препарати та лікування гіпоксії плода.
- В. Провести родостимуляцію з введенням окситоцину.
- Г. Проводити лікування прееклампсії.

5. У пологове відділення поступила роділья, 28 років, з приводу кровотечі зі статевих шляхів, яке виникло з початком пологової діяльності 2 години тому. До моменту поступлення крововтрата склала 100 мл. Вагітність доношена. АТ - 120/80 мм рт.ст. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття - 6 см. Спереду і зліва визначається м'яка губчаста тканина, плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, рухома над входом в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Б. Неповне передлежання плаценти .
- В. Розрив краєвого синусу.
- Г. Повне передлежання плаценти.

Задача №1

*Ви працюєте акушеркою
ФАПу. Вас викликали до
роділля. Після народження
посліду почалася значна
кровотеча. Послід цілий,
на оболонці є надірвана
судина. Визначте діагноз?*

***Основний етап –
відпрацювання
практичних
навичок***

Заключный этап

Контрольні питання

1. Чинники виникнення кровотеч?
2. План ведення вагітних із кровотечею?
3. Правила заповнення відповідної документації?
4. Етіопатогенез, клінічні форми передлежання плаценти і передчасного відокремлення нормально розміщеної плаценти?
5. Порушення механізму відокремлення плаценти?
6. Види прирощення плаценти?
7. Порушення скоротливої здатності матки?
8. Затримання частин плаценти?
9. Причини порушення гемостазу?
10. Правильне ведення третього періоду пологів?
11. Невідкладні операції щодо припинення кровотечі?

Тести

1. Симптоми передчасного відшарування нормального розміщеної плаценти:

- А. Асфіксія плода.
- Б. Відсутність болю.
- В. Прискорення пульсу.
- Г. Зниження згортання крові.

2. Скільки є варіантів прирощення плаценти?

- А. 5
- Б. 4
- В. 3
- Г. 2

3. Яку крововтрату вважають патологічною?

- А. більше 300 мл.
- Б. більше 400 мл.
- В. більше 500 мл.
- Г. більше 600 мл.

4. Назвіть фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- А. Великий плід.
- Б. Багатоводдя.
- В. Багатоплідна вагітність.
- Г. Всі варіанти правильні.

5. Заходи які потрібно проводити при гіпотонічній кровотечі:

- А. Виведення сечі катетером.
- Б. Зовнішній масаж матки.
- В. Уведення утеротонічних засобів.
- Г. Визначити крововтрату.

Задачі



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, передлегла частина голівки плоду в потиличній ділянці була вкрита 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 №3

З початком пологів, на 38-му тижні вагітності, у роділлі з'явилась кровотеча з вагіни. При дослідженні встановлено: шийка матки розкрита на 8 см, з одного боку протягом 1/3 пальпується шорсткувата тканина, з другого боку – навколоплідний міхур, передлежить голівка. У роділлі активна пологова діяльність. Діагноз. Що робити?

Рекомендована література

Основна :

*Підручник “Акушерство” С.Хміль,
З.Кучма, С.Романчук.*

Додаткова:

*Посібник з гінекології та
репродуктології./О.В.Мініна/2009р.*

Інтернет-ресурс www.wikipedia.com