

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КЗ КОР "ЧОРНОБИЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ"**

Освітньо-професійний ступінь: Фаховий молодший бакалавр

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Спеціальність: 223 «Медсестринство»

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Освітній компонент: «Медсестринство в акушерстві»

Методична розробка лекційного заняття з теми:

«Кровотечі під час вагітності та пологів»

Підготувала викладачка
Тетяна КРАВЧЕНКО,
спеціаліст вищої категорії,
викладач-методист

РОЗГЛЯНУТО

на засіданні циклової комісії
клінічних дисциплін

Протокол № _____ від « _____ » _____ 2025

Голова комісії _____ Марія ШУЛЛА

Яготин

2025

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

Тема лекції: Кровотечі під час вагітності та пологів

Курс: 2, семестр 3

Освітньо-професійна програма: «Сестринська справа»

Кількість навчальних годин: 2 години

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Значна частина патологічних станів, що виникають під час пологів, зумовлена кровотечами під час вагітності та пологів. Своєчасна діагностика, вибір раціональної тактики розродження, адекватне лікування і профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

2. МЕТА ЛЕКЦІЇ:

а) Навчальна:

Для формування вмінь здобувач освіти повинен знати:

1. Кровотечі під час вагітності.
2. Мимовільний аборт: класифікація, клінічний перебіг, невідкладна допомога.
3. Передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, причини, клінічні прояви, ускладнення, допомога.
4. Кровотечі в пологах та ранньому післяпологовому періоді.

В результаті проведення заняття здобувач освіти повинен уміти:

1. Назвати мимовільний аборт: класифікацію, клінічний перебіг, невідкладна допомога.
3. Охарактеризувати передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, причини, клінічні прояви, ускладнення, допомога.
4. Розказати про кровотечі в пологах та ранньому післяпологовому періоді.

б) Виховна:

Формувати якості притаманні медичному працівнику:

- уважність,
- спостережливість ,
- тактовність .
- виховувати зацікавленість дисципліною, прагнення отримувати нові знання самостійно;
- виховувати професійні риси, почуття відповідальності, творче мислення.

3. КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ:

Після вивчення освітнього компонента здобувачі освіти повинні оволодіти компетентностями:

Загальні компетентності (ЗК)

ЗК. 5. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК. 6. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК. 1. Здатність до застосовування професійних стандартів та нормативно-правових актів у повсякденній медичній практиці.

СК. 3. Здатність до самоменеджменту у професійній медичній діяльності.

СК. 6. Здатність до роботи в мультидисциплінарній команді при здійсненні професійної діяльності, для ефективного надання допомоги пацієнту протягом життя, з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям.

СК. 7. Здатність до вміння обирати обґрунтовані рішення в стандартних клінічних ситуаціях, спираючись на здобуті компетентності та нести відповідальність відповідно до законодавства.

СК. 9. Здатність до використання сукупностей професійних навичок (умінь) при підготовці та проведенні діагностичних досліджень та застосовуванні дезінфікуючих і лікарських засобів у професійній діяльності.

СК. 10. Здатність до забезпечення безпеки пацієнта, дотримання принципів інфекційної та особистої безпеки, збереження здоров'я у процесі здійснення догляду, виконання маніпуляцій, процедур, при переміщенні та транспортуванні пацієнта, наданні екстреної медичної допомоги.

Програмні результати навчання (РН)

РН. 1. Вільно спілкуватися державною та іноземною мовами для комунікації, ведення медичної та іншої ділової документації.

РН. 2. Застосовувати сучасні цифрові та комунікативні технології для пошуку інформації та документування результатів професійної діяльності.

РН. 4. Вести медичну документацію за формами, встановленими нормативно-правовими документами.

РН. 5. Дотримуватися правил охорони праці та безпеки життєдіяльності.

РН. 6. Обирати тактику спілкування з пацієнтами та членами їхніх родин, колегами, дотримуючись принципів професійної етики, толерантної та неосудної поведінки при здійсненні професійної діяльності, з урахуванням соціальних, культурних, гендерних та релігійних відмінностей.

РН. 8. Вживати заходи спрямовані на створення безпечного лікарняного середовища та дотримання лікувально-охоронного режиму, в інтересах збереження власного здоров'я та зміцнення здоров'я пацієнта.

РН. 9. Розпізнавати й інтерпретувати ознаки здоров'я і його змін, хвороби чи інвалідності (оцінка/діагноз), обмежень можливості повноцінної життєдіяльності та визначати проблеми пацієнтів при різних захворюваннях і станах.

РН. 10. Вміти проводити підготовку пацієнта до лабораторних, інструментальних та інших досліджень, здійснювати забір біологічного матеріалу та проб, скеровувати до лабораторії.

РН. 11. Застосовувати лікарські препарати та медикаменти при здійсненні професійної діяльності.

РН. 12. Виконувати медичні маніпуляції та процедури відповідно до фахових протоколів, алгоритмів, включаючи надання послуг з первинної медичної допомоги в складі команди первинної медичної допомоги .

РН. 13. Надавати екстрену та невідкладну долікарську медичну допомогу.

РН. 18. Дотримуватися правил ефективної взаємодії в команді для надання якісної медичної допомоги різним категоріям населення.

РН. 19. Здійснювати взаємозалежні професійні функції з метою забезпечення якісної медичної допомоги населенню.

4. МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ:

Освітній компонент	Знати	Вміти
1. Попередні (забезпечуючі) освітні компоненти: анатомія та фізіологія людини, фармакологія та медична рецептура, основи латинської мови з медичною термінологією, медсестринський догляд за пацієнтами та основи медичної маніпуляційної техніки, медсестринство у внутрішній медицині.	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, медичні препарати, медичну термінологію, методи обстеження, медсестринський догляд.	Вміти показати будову жіночих статевих органів, на таблицях, схемах, муляжах, фантомах, назвати необхідні медичні препарати, термінологію, зібрати анамнез, провести об'єктивне обстеження органів та систем, здійснювати медсестринський догляд.
2. Наступні компоненти (що забезпечуються): анестезіологія та реаніматологія, медсестринство у хірургії, медсестринство в гінекології,	Клінічні прояви патології.	Визначати симптоми, проводити диференційовану діагностику захворювань.
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даного компонента, з якими інтегрується той, що вивчається):	Анатомію та фізіологію жіночих статевих органів, скарги, анамнез, проведення об'єктивного обстеження органів і	Зібрати акушерський анамнез; проводити огляд у дзеркалах, бімануальне піхвово дослідження; проводити зовнішнє

	систем; акушерський анамнез; акушерське обстеження; пологи, їх періоди; медичні препарати.	та внутрішнє акушерське дослідження.
--	--	--------------------------------------

5. ПЛАН ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

№ з/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Цілі в рівнях абстракції	Тип лекції, методи і засоби активізації здобувачів освіти, обладнання	Розподіл часу у %
1	2	3	4	5
	Підготовчий етап Визначення навчальних цілей і мотивація Основний етап План викладення лекційного матеріалу. 1.Кровотечі під час вагітності. 2.Мимовільний аборт: класифікація, клінічний перебіг, невідкладна допомога. 3.Передлежання плаценти, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, причини, клінічні прояви, ускладнення, допомога. 4.Кровотечі в пологах та ранньому	аП аП аП аП	Тематична лекція із застосуванням наочності, ТЗН.	85-90 %

	післяпологовому періоді.			
1.	2.	3.	5.	6.
	Заключний етап 1.Резюме лекції, загальні висновки 2.Відповіді на можливі запитання 3.Завдання для самопідготовки здобувачів освіти.		Питання, проблеми і ситуації, задачі, тести, схеми, засоби наочності, технічні засоби навчання, навчальні посібники тощо. Перелік літератури, домашнє завдання: <i>Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.165-168, 204-210</i>	15 хв.

6. ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ

- а) структурно-логічна схема змісту теми;
 б) тези або конспект лекції:

КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Невиношування вагітності - самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається **абортом (викиднем)**. Виділяють також поняття *недоношування* вагітності - передчасні пологи.

- ранній спонтанний аборт - спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 - 259 днів).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі - 75-80%, у II триместрі - 9-12%, в III триместрі - 4 - 8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язані і з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невиношування - поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

МИМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають **звичним**.

Етіологія

1. Материнські причини:

нейро-ендокринні - гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників - СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирничкового, змішаного генезу, тіреопатія, та їх поєднання);

анатомо-функціональні- вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;

інфекційні - інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;

імунологічні - аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення - трисомія, моносемія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2. Патологія вагітності - важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

3. Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.

5. Соціально-середовищні фактори:

- *екологічні* (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.);
- *вік матері* (до 18 і після 30 років);
- *несприятливі умови життя* (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);
- *професійні і виробничі шкідливості* (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);
- *шкідливі звички*. (алкоголізм, наркоманія,

куріння).

6. Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізнє менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;

- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, соїїз).

Патогенез переривання вагітності

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: *викидень за типом відторгнення.*

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотрансплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на "чужерідні" тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки.

Переривання вагітності, що пов'язане з первинною загибеллю ембріону або плода внаслідок хромосомних мутацій чи генетичних дефектів відбувається саме за таким типом.

Другий патогенетичний варіант спонтанного викидня спостерігається в основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів.

В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить

Методичні вказівки для викладачів

міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до дії утеротонічних речовин. Реакція "відторгнення" перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність "запираючого" апарату матки.

Класифікація

1. За стадіями розвитку виділяють:

- загрозовий аборт
- аборт " в ході
- неповний аборт,
- повний аборт

2. Розрізняють також :

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)
- інфікований аборт

Загрозливий аборт.

Клініка. При загрозовому аборті у хворої відмічається тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'янисті виділення

Бімануальне піхве дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози аборті будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Тактика ведення загрозового аборті.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода бмм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- біохімічні ознаки - рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;
- сонографічні ознаки - відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трасабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21 мм- в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 710 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки - рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозового аборт у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування. Для лікування загрозового аборт використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень), доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази, виліковане безпліддя, вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій. Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозовому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон - утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ходу

Клініка. Ця стадія самовільного аборт супроводжується тягнучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'яністі виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строку вагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборт в ходу.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

- проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи спрямовані на

Методичні вказівки для викладачів

стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

В термін вагітності більше 16 тижнів:

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.
- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:
 - при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
 - при відсутності умов - абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
 - окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
 - мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-й імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборту характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного ступеня вираженості.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

За даними УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки (кюретаж або вакуум-аспірація). Абсолютні показання до хірургічного методу:

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище 37,5°C.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини

матки Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність;
- тривала терапія глюкокортикоїдами;
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія;
- анемія (НЬ < 100 г/л);
- порфірія;
- мітральний стеноз;
- глаукома;

- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:
Мізопростол - 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару.
Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах.

Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі;
- появи симптомів інфекції;
- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу;
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'янисті виділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закриті зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'янисті виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборту.

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'яністі виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- *5-6 тижнів:* невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтверджено не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.
- *7-8 тижнів:* відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- *9-12 тижнів:* відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення абортів, що не відбувся

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним методами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборту

Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки) бажаним є дообстеження пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.

Обов'язковим є профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування ТОГССН -інфекцій.

Після перенесеного аборту необхідною є психологічна реабілітація. При необхідності проведення медико - генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачення неспецифічної прегравидарної підготовки: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

Звичний аборт.

Звичний викидень - визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні - використовується термін „первинний звичний викидень”

КРОВОТЕЧІ У ДРУГІЙ ПОЛОВИНІ ВАГІТНОСТІ

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

Передлежання плаценти

Під передлежанням плаценти (ріасепіа ргаєл/іа) 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

1. Повне передлежання (ріасепіа ргаєуіа іоіаіііз) - плацента, що розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
2. Неповне передлежання плаценти (ріасепіа ргаєуіа рагііаіііз) - плацента, що розташована в нижньому сегменті і частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
 - 2.1. бокове передлежання плаценти (ріасепіа ргаєуіа іаієгаіііз) - плацента займає 2/3 частину вічка шийки матки;
 - 2.2. крайове передлежання (ріасепіа ргаєуіа тагдіпаіііз) - плацентарна тканина підходить до краю внутрішнього вічка шийки матки.
3. Низьке прикріплення плаценти - розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка.

У зв'язку з міграцією плаценти або її розростанням вид передлежання може змінюватися із збільшенням терміну вагітності.

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти

А. Незрілість елементів трофобласту бластоцисти.

В. Запально-дегенеративні зміни ендометрію та нервово-м'язевого апарату матки внаслідок:

- хронічних ендометритів з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрію;

- абортів, ускладнених запальними процесами;
- генітального інфантилізму, ендокринопатій;
- доброякісних пухлин матки, зокрема субмукозних міоматозних вузлів, рубців на матці;
- дії на ендометрій хімічних препаратів.

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.

Важкість стану жінки визначається об'ємом і темпом крововтрати. Сила кровотечі при повному передлежанні звичайно більш значна, ніж при неповному. Перша кровотеча зазвичай починається спонтанно. Іноді вона може бути настільки інтенсивною, що супроводжується смертельними наслідками, а неодноразові повторні

Методичні вказівки для викладачів

кровотечі, хоча і є досить небезпечними (хронічна анемізація хворих), однак за наслідками можуть бути більш сприятливими.

У разі, коли кров'яністі виділення спостерігаються у вагітних ще в I 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.

Діагностика

Для встановлення діагнозу необхідно:

Зібрати анамнез: детальне опитування вагітної з метою виявлення факторів ризику, що могли б призвести до аномалії розташування плаценти.

1. Оцінити клінічні прояви - поява кровотечі, що повторюється, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.
2. Провести акушерське 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 розгорнутої операційної:

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

В. Піхвове дослідження виключно в умовах розгорнутої операційної: а. при закритій шийці матки:

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

б. при відкритті шийки матки не менше ніж на 4-6 см виявляють:

- плацентарну тканину - повне передлежання (ріасепія ргаеуіа іоіаііз);
- плідні оболонки і тканину плаценти - бокове передлежання (ріасепія ргаеуіа іаіегаііз);
- плідні оболонки і край плаценти - крайове передлежання (ріасепія ргаеуіа тагдіпаііз);
- шороховатість плідних оболонок - низьке прикріплення плаценти.

У разі значної кровотечі уточнення характеру передлежання не має сенсу, оскільки акушерська тактика визначається об'ємом крововтрати та станом вагітної.

3. Ультразвукове дослідження має високу інформативну цінність у визначенні локалізації плаценти та виду передлежання.

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються кровотечами:

- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти;
- розривом матки;
- розривом варикозних вузлів в ділянці вульви і піхви;
- раком та ерозією шийки матки.

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), появи 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).

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

В нормі плацента відшаровується від стінок матки після народження плода. Якщо її відділення відбувається раніше (під час вагітності або у I та II

періодах пологів), така патологія називається передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (ПВНРП)

Частота ПВНРП коливається від 0,05 до 0,5 %. Ця патологія відноситься до тяжких форм ускладнень вагітності та пологів, супроводжується високою материнською та перинатальною смертністю.

Класифікація ПВНРП:

1. Повне відшарування (усієї плаценти);
2. Часткове відшарування:
 - крайове
 - центральне.

Причини ПВНРП

А. Під час вагітності:

1. Мембранна патологія та патологічні процеси в спіральних артеріях, які викликають втрату їх еластичності (пreeклампсія, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інфузійно-алергічний васкуліт)
2. Механічні фактори (травма живота).
3. Імунно-конфліктна вагітність.
4. Дистрофічні зміни ендометрію
5. Аномалії розвитку та пухлини матки.

В. Під час пологів:

1. Запізнілий розрив плодових оболонок.
2. Коротка пуповина.
3. Швидке спорожнення матки (багатоводдя, багатопліддя).
4. Патологія скоротливої діяльності матки
5. Фізична або психічна травма.

Патогенез ПВНРП

Механізм відшарування полягає в утворенні базальних гематом в результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Виникає відшарування плаценти і здавлювання плацентарної тканини утвореною гематомою. Макроскопічно при частковому відшаруванні на материнській поверхні плаценти відмічаються фасетки («старе» відшарування) або згортки крові («гостре» відшарування).

Велика матково-плацентарна гематома, не знайшовши виходу в піхву, розтягує плацентарну площадку, і виникає матково-плацентарна апоплексія, описана А. Кувелером.

Клінічна картина

Ведучими клінічними симптомами при ПВНРП є:

1. Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, поперек, 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 та токолітиками.
3. Дистрес плода та його загибель.
4. Кровотеча з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути в декількох варіантах: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня. Загальний стан погіршується, прискорюється пульс, дихання, зменшується АТ, бліді шкірні покриви, може виникнути непритомність.

Якщо відшарування відбувається по периферії, кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати плодові оболонки, і кровотеча виявляється зовнішньою. Колір крові, що витікає через піхву, при гострому відшаруванні є яскраво-червоним, при відшаруванні значної давнини - коричневий, серозно-кров'янистий, з темними згортками. Стан хворої при цьому, як правило, відповідає видимій крововтраті.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).
2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.
3. Зовнішнє акушерське дослідження:
 - гіпертонус матки;
 - матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
 - болючість при пальпації;
 - ускладнення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
 - дистрес плода або його загибель.
4. Внутрішнє акушерське дослідження:
 - напруженість плідного міхура;
 - забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
 - кровотеча різної інтенсивності з матки.
5. УЗ - діагностика з вимірюванням площі відшарування.
6. Діагностика стану плода (аускультатія, УЗДГ, ФКГ).
7. Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, НЬ, Ні, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз ПВНРП базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода.

Акушерська тактика при ПВНРП під час вагітності та на початку I періоду пологів

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. Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати,

геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.
3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легенів 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:

- операції передують амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків; при необхідності - перев'язка клубових артерій;
- при невеликій площі апоплексії (2-3 вогнища малого діаметру 1-2см, 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), консилиумом вирішується питання про збереження матки. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині 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-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти при повному відкритті шийки матки

- негайна амніотомія, якщо навколоплідний міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода та за наявності умов виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарів 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.

7. МАТЕРІАЛИ АКТИВІЗАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ:

Контрольні запитання

1. Що містить у собі поняття "невиношування вагітності", "мимовільний аборт"?

2. Які причини невиношування вагітності?
3. Які фактори ризику невиношування вагітності?
4. Який патогенез невиношування вагітності?
5. Яка класифікація самовільних абортів?
6. Які клініка і методи діагностики загрозливого абортів?
7. Яка тактика ведення загрозливого абортів ?
8. Які методи лікування загрозливого абортів?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого абортів?
10. Які клініка і діагностика абортів в ході?
11. Яка тактика ведення абортів в ході?
12. Які клініка і діагностика неповного абортів?
13. Яка тактика ведення неповного абортів?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного абортів?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення абортів, що не відбувся?
16. Яке визначення поняття «звичайний аборт»?
17. Які методи профілактики невиношування вагітності?
18. Яке визначення поняття патологічної кровотечі?
19. Які форми патологічного прикріплення плаценти?
20. Які причини патологічного прикріплення плаценти?
21. Яка клініка патологічного прикріплення плаценти?
22. Які причини передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?
23. Яка клініка передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?
24. Які методи визначення величини крововтрати?

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'яністі виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'яністі, значні.

Яка тактика ведення?

- A. Призначення препаратів прогестерону
- B. Призначення токолітичних препаратів
- C. Кюретаж стінок порожнини матки
- D. Ліжковий режим, спостереження.

2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'яністі виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'яністі, значні.

Яка стадія мимовільного абортів?

- A. Загрозливий аборт
- B. Аборт в ходу
- C. Неповний аборт
- D. Повний аборт

3. Породілля С. 28 років, перші термінові пологи. Перший період пологів тривав 4 години, потужний період тривав 30 хв. Народився хлопчик вагою 3800, зріст 52 см, в стані по Апгар 9-10 балів. III період пологів без особливостей, матка скорочена, щільна. Із родових шляхів спостерігаються кров'яністі виділення, які з'явилися ще в I періоді пологів.

На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?

- A. Розрив шийки матки.
- B. Передчасне відшарування плаценти
- C. Передлежання плаценти
- D. Розрив матки, що стався
- E. Гіпотонічна кровотеча

4. У породіллі через 1 годину після пологів крупним плодом з'явилися рясні кров'яні виділення з піхви із згортками крові. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 100 уд/хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт. ст. Дно матки на середині відстані між пупком і мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі - з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл.

Який діагноз?

- A. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча
- B. Пізній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча
- C. Гіпотонія матки. ДВЗ-синдром.
- D. Глибокі розриви піхви, кровотеча
- E. Неповний розрив матки, кровотеча

.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягнучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений,

виділення слизові.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

3. Породілля 28 років, вагітність шоста (аборти, ускладнені ендометритом). Пологи другі, перші пологи перебігали без ускладнень. Народилась дитина масою 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плода, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилилися, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується.

Який діагноз? Яка лікарська тактика?

4. У 32-річної жінки масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка. Тонус матки не змінюється після введення засобів, що скорочують матку.

Яка причина кровотечі найбільш імовірна?

5. У роділлі К. І пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

Прирощення плаценти (повне?).

8. МАТЕРІАЛИ САМОПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ЗА ТЕМОЮ ЛЕКЦІЇ:

Перелік літератури, домашнє завдання:

1. Медсестринство в акушерстві: підручник / С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук. — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. — ст.165-168, 204-210