

# Невідкладні СТАНИ *І. Б. Назарова* в акушерстві

*Навчальний  
посібник*



ББК 57.16я722

Н19

УДК 614.253.5

Проблема надання невідкладної допомоги в акушерстві на сьогодні є однією з найважливіших, оскільки значно частішали випадки екстрагенітальної патології, патологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

У навчальному посібнику подано детальну інформацію з невідкладних станів в акушерстві. Висвітлено теми невідкладної допомоги при пізніх гестозах, кровотечах під час вагітності, пологів, у післяпологовий період, акушерський травматизм, шоківі стани.

Навчальний посібник розрахований на студентів медичних коледжів і училищ I—III рівнів акредитації.

#### Рецензенти:

*А.М. Рибалко* — д-р мед. наук, проф., зав. кафедри акушерства і гінекології Кримського державного мед. ун-ту;

*О.П. Гнатко* — д-р мед. наук, проф., зав. кафедри акушерства і гінекології НМУ ім. О.О. Богомольця;

*С.М. Клименко* — канд. мед. наук, доц. кафедри акушерства і гінекології НМУ ім. О.О. Богомольця.

ISBN 966-8144-36-8

© І.Б. Назарова, 2006

© Видавництво "Медицина",  
2006

## ПЕРЕДМОВА

Проблема невідкладних станів у вагітних, породіль займає одне з центральних місць серед усіх розділів клінічного акушерства.

Загрозливий стан — це стан, за якого виникає декомпенсація життєво важливих функцій організму (дихання, кровообігу, нервової системи) або існує небезпека її виникнення. Наданням допомоги при загрозливих станах займаються лікарі, фельдшери та інший медичний персонал.

Кожен фельдшер має володіти ґрунтовними знаннями й умінням щодо надання невідкладної допомоги вагітній, породіллі у разі критичних станів, тяжких захворювань. Успіх у наданні екстреної допомоги багато в чому залежить від правильної діагностики та вибору необхідних лікувальних заходів. При цьому фельдшер має бути рішучим, оперативним, вміти організувати необхідну допомогу, щоб ліквідувати загрозливий стан. Перед фельдшером, який надає першу медичну допомогу, стоять такі основні завдання:

- діагностика загрозливого стану;
- надання невідкладної допомоги;

• ухвалення тактичного рішення про необхідність і місце госпіталізації.

У посібнику чітко визначені різні невідкладні стани у жінок під час вагітності, пологів, у післяпологовому періоді, критерії клінічної діагностики, алгоритмів дій фельдшера у наданні екстреної допомоги, що дає можливість стабілізувати стан хворих.

Видання не претендує на вичерпний виклад усіх невідкладних станів, що трапляються в акушерстві. Автор сподівається, що посібник буде корисним у повсякденній роботі фельдшерів та інших медичних працівників, і буде вдячна за всі побажання та критичні зауваження.

Практикум має чітку структуру: тема практичного заняття, мета, практичні навички, самостійна робота, матеріали для самопідготовки, зокрема алгоритми дій, ситуаційні завдання, тести.

Навчальний посібник підготовлено відповідно до програми, затвердженої Управлінням освіти і науки МОЗ України.

## ОСНОВНІ ВИДИ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ

### *Пізні гестози*

Під пізнім гестозом розуміють низку патологічних змін, що найчастіше розвиваються в другій половині вагітності, характеризуються порушеннями діяльності судинної та нервової систем, змінами у функціонуванні нирок, печінки, гематологічними та метаболічними зрушеннями.

**Прегестоз** — це доклінічна форма пізнього гестозу. Щоб не пропустити цю патологію, під час кожного відвідування треба вживати таких заходів:

1. Щотижнево зважувати жінку. У нормі маса тіла жінки має збільшуватися на 350—300 г за тиждень.
2. Вимірювати артеріальний тиск (АТ).
3. Досліджувати сечу. Контролювати наявність білка, зменшення добового діурезу до 900 мл.

**Артеріальна гіпертензія.** Виділяють три ступеня цієї патології:

- 1) АТ не вищий за 150/90 мм рт. ст.;
- 2) АТ від 150/90 до 170/110 мм рт. ст.;
- 3) АТ вищий за 170/110 мм рт. ст.

**Набряки вагітних.** Розрізняють чотири ступеня тяжкості набряків вагітних:

- 1) набряки нижніх кінцівок;
- 2) поширення їх на червну стінку;
- 3) набряки поширюються на верхні кінцівки та обличчя;
- 4) генералізовані набряки.

**Протеїнурія.** Виділяють три ступеня тяжкості цієї патології:

- 1) протеїнурія до 1 г/л;
- 2) протеїнурія від 1 до 5 г/л;
- 3) протеїнурія понад 5 г/л.

**Преeklampсія.** Виділяють три ступеня тяжкості преeklampсії.

*Преeklampсія легкого ступеня:*

- 1) підвищення АТ до 150/90 мм рт. ст.;
- 2) пульсовий тиск не нижчий за 50 мм рт. ст.;
- 3) протеїнурія до 1 г/л;
- 4) набряки нижніх кінцівок.

*Преeklampсія середнього ступеня:*

- 1) підвищення АТ до 170/110 мм рт. ст.;
- 2) пульсовий тиск не нижчий за 40 мм рт. ст.;
- 3) протеїнурія до 5 г/л;
- 4) набряки нижніх кінцівок і передньої черевної стінки;
- 5) погодинний діурез не менший за 40 мл/год.

*Преeklampсія тяжкого ступеня:*

- 1) АТ вищий за 170/110 мм рт. ст.;
- 2) пульсовий тиск нижчий за 40 мм рт. ст.;
- 3) протеїнурія понад 5 г/л;
- 4) генералізовані набряки;
- 5) погодинний діурез менший за 40 мл/год.

**Екklampсія** — клінічна стадія пізнього гестозу, що характеризується клінічно вираженим синдромом поліорганної недостатності, на фоні якого виникають один або кілька судомних нападів. Кожний напад триває 1—2 хв і має декілька фаз, що поступово змінюють одна одну.

Після припинення нападу хвора ще деякий час перебуває в коматозному стані, поступово притомніє, але нічого

не пам'ятає про те, що сталося. Інколи кома може переходити в новий судомний напад, а свідомість до хворі не повертається. Будь-які подразнення (біль, шум, яскраве світло, лікарські маніпуляції тощо) можуть спровокувати новий напад екklampсії. Кількість нападів може становити від 1—2 до 10 і більше.

*Перша фаза* — передсудомна — характеризується дрібним тріпотінням повік, мимічних м'язів обличчя, м'язів пальців рук. Погляд нерухомий, фіксований. Дихання поверхневе. Тривалість цього періоду всього 20—30 с.

*Друга фаза* — фаза тонічних судом. Голова жінки відкидається назад, тіло вигинається, м'язи напружені, дихання зупиняється. Пульс не визначається. Тривалість цього періоду 20 с.

*Третя фаза* — клонічні судоми (20—30 с), які поширюються на всі м'язові групи, обличчя багрово-синє. Дихання обтяжене або відсутнє. Пульс не визначається.

*Четверта фаза* — фаза розродження. Хвора починає із шумом дихати, з рота витікає слина у вигляді піни, іноді з домішками крові через прикушування язика під час судом.

**Лікування екklampсії.** Усі маніпуляції та обстеження мають проводитися під прикриттям наркотичних засобів (фторотан, закис азоту з киснем, гексенал, натрію тіопентал). Обов'язковою є мобілізація магістральних вен, катеризація сечового міхура для обліку діурезу.

Лікування у разі нападу судом починається на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Хвору вкладають на рівну поверхню на лівий бік, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуюють вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережене спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію киснем.

Якщо розвивається тривале апное, негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею

100 % кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається в стані коми, вводять м'язові релаксанти (суксаметонію бромід 2 мг/кг) та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легень (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції.

Паралельно із заходами з відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (магнію сульфат, 4 г, болюсно протягом 5 хв внутрішньовенно, потім підтримувальна терапія 1—2 год), ретельно контролюючи АТ і ЧСС. Якщо напади тривають, внутрішньовенно (в/в) вводять ще 2 г магнію сульфату (8 мл 25 % -го розчину) протягом 3—5 хв. Замість додаткового болюсу магнію сульфату можна використовувати діазепам внутрішньовенно (10 мг) чи натрію тіопентал (450—500 мг) упродовж 3 хв. Якщо напад судом триває понад 30 хв, то стан пацієнтки оцінюють як екламптичний. Якщо діастолічний АТ залишається на високому рівні (> 110 мм рт. ст.), проводять антигіпертензивну терапію.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті запобігання гіпертензивній енцефалопатії та мозковим крововиливам. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90—160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку.

Лабеталол у дозі 10 мг застосовують спочатку внутрішньовенно, через 10 хв за відсутності адекватної реакції (діастолічний АТ залишається вищим за 110 мм рт. ст.), додатково вводять ще 20 мг препарату. АТ контролюють кожні 10 хв, і якщо діастолічний тиск лишається вищим за 110 мм рт. ст., вводять 40, а потім 80 мг лабеталолу (максимально до 300 мг).

Застосовують також клонідин у дозі 0,5—1 мл 0,01 % -го розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово (в/м).

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують магнію сульфат. Стартову дозу — 4 г сухої речовини (16 мл 25% -го розчину магнію сульфату) вводять шприцом дуже повільно протягом 5 хв. Підтримувальну терапію стандартно починають із дози 1 г/год сухої речовини магнію сульфату.

### *Кровотеча під час вагітності*

Кровотечі під час вагітності найчастіше зумовлюються викиднями, передлежанням плаценти, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, розривами матки, розривами варикозно розширених вен піхви.

**Передлежання плаценти.** Основним клінічним симптомом передлежання плаценти є кровотеча, яка виникає в другій половині вагітності та в перший період пологів. Особливістю такої кровотечі є раптовість, вона виникає без видимої причини, часто в стані спокою, вночі.

**Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.** Основними симптомами цієї патології є кровотеча і біль. Кровотеча може бути зовнішньої, внутрішньої і комбінованою. Це залежить від місця відшарування плаценти. Якщо гематома розташована в центрі плаценти, то зовнішньої кровотечі може не бути. Коли відшарування починається з периферії, кровотеча буває зовнішньою. Загальний стан жінки погіршується. АТ знижується, виникають тахікардія, слабкість, шкіра та слизові оболонки бліднуть. Жінка скаржиться на сильний розпиральний біль у животі. Під час об'єктивного обстеження визначаються асиметрія, напруження, гіпертонус матки, болючість під час пальпації, визначення частин плода ускладнене, розвивається гіпоксія плода.

## *Кровотеча в послідовий та ранній післяпологовий період*

Послідовий період пологів характеризується відділенням плаценти й оболонки плідного яйця від стінок матки. Причинами кровотечі у послідовому періоді пологів є:

- затримка частин плаценти або оболонки;
- патологія прикріплення плаценти;
- защемлення плаценти.

Клінічні прояви:

1. Відсутні ознаки відокремлення плаценти протягом 30 хв без значної крововтрати — патологія прикріплення або прирощення плаценти.

2. Кровотеча починається відразу після народження послиду — затримка частин плаценти або оболонки.

3. Кровотеча починається після народження дитини без відділення плаценти — защемлення плаценти, неповне прирощення плаценти.

Причинами ранньої післяпологової кровотечі є:

- гіпотонія або атонія матки (у 90 % випадків);
- затримка частин плаценти або оболонки;
- травматичні пошкодження пологових шляхів;
- порушення згортання крові (афібриногенемія, фібриноліз);

• первинні захворювання крові.

Причини гіпотонії або атонії матки такі:

• порушення функціональної здатності міометрія (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя тощо);

• перезбудження з наступним виснаженням функції міометрія (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міо-

метрія, — спазмолітичних, токолітичних засобів, гіпоксія під час пологів тощо);

- порушення скоротливої функції міометрія внаслідок зміни біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних чинників (естрогенів, ацетилхоліну, окситоцину, холінестерази, прогестерону, простагландинів);
- порушення процесу прикріплення та виділення плаценти й послиду;
- ідіопатичні (не встановлені).

Основні клініко-лабораторні прояви кровотечі, які можуть бути двох видів, такі:

- кровотеча починається одразу після народження дитини, масивна (за кілька хвилин понад 1000 мл), матка залишається гіпотонічною, не скорочується, швидко розвиваються гіповолемія, геморагічний шок;
- кровотеча починається після скорочення матки, кров виділяється невеликими порціями, крововтрата збільшується поступово. Характерним є чергування гіпотонії матки з відновленнями тону, зупиненням та поновленням кровотечі.

Трапляється несправжнє прирощення — щільне прикріплення плаценти, коли ворсини хоріона розміщені в базальному шарі децидуальної оболонки. Буває також справжнє прирощення плаценти, ворсини хоріона досягають міометрія, проростають вглиб нього. Прирощення плаценти буває повним або частковим.

Клінічною ознакою часткового щільного прикріплення плаценти буде кровотеча з матки за відсутності ознак відокремлення плаценти. У разі повного прирощення плаценти кровотечі немає.

За відсутності ознак відокремлення плаценти та в разі крововтрати, більшої за фізіологічну, треба перейти до активного ведення третього періоду. Проводиться операція — ручне відділення плаценти і виділення послиду.

Найчастіше причиною кровотечі в ранній післяпологовий період є порушення скоротливої здатності матки. Кро-

вотеча, зумовлена затримкою скоротливої здатності матки, називається гіпотонічною. Якщо м'язи матки зовсім не здатні скорочуватися, кровотеча називається атонічною.

Клінічна картина гіпотонічної кровотечі характеризується такими симптомами: кровотеча з матки непостійна, помірна або значна, кров виділяється зі згустками. Матка м'яка, скорочується дуже погано. У разі атонії матка повністю втрачає спонтанну збудливість і фармакологічну реактивність.

Для лікування кровотечі, що виникає у зв'язку з гіпотонією матки, послідовно застосовують випорожнення сечового міхура, огляд посліду та пологових шляхів, зовнішній масаж матки, холод на низ живота, внутрішньовенне введення 1 мл метилергометрину або 1 мл окситоцину, ручне обстеження матки та внутрішній масаж матки на кулаку.

### **Пологовий травматизм**

Під час пологів часто ушкоджуються тканини промежини, піхви і шийки матки, іноді трапляються травми, які загрожують життю роділлі — розрив матки.

Розрізняють три ступеня розриву промежини:

1. Розрив I ступеня характеризується порушенням задньої спайки, м'язи промежини залишаються неушкодженими.

2. Розрив II ступеня характеризується порушенням цілості шкіри промежини, стінки піхви і м'язів промежини, крім ділянки зовнішнього сфінктера прямої кишки.

3. Розрив III ступеня встановлюють у тих випадках, коли, крім зазначених вище тканин, розривається й зовнішній сфінктер прямої кишки, а іноді й стінка прямої кишки.

**Розриви шийки матки.** Розрізняють три ступеня розривів шийки матки:

1) розрив тканин на 1—2 см;

2) розриви понад 2 см, але такі, що не доходять до склепінь;

3) розрив до склепіння, а іноді й зі склепіння піхви.

**Клінічні симптоми загрози розриву матки при диспропорції між плодом та тазом матері:**

1. Надмірна пологова діяльність.

2. Недостатнє розслаблення матки після переймів.

3. Різко болісні перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегмента матки.

4. Болісність під час пальпації нижнього сегмента матки.

5. Відсутність або надмірна конфігурація голівки плода.

6. Аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання).

7. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.

8. Непродуктивна потужна діяльність при повному або близькому до повного розкритті шийки матки, мимовільні потуги при високо розташованій голівці плода.

9. Набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.

10. Родова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого таза.

11. Утруднене сечовипускання; у разі тривалого перебігу пологів — поява крові у сечі.

12. Матка у вигляді "піскового годинника".

13. Погіршення стану плода.

14. Кров'яністі виділення із порожнини матки.

15. Позитивний симптом Генкель—Вастена.

Гістопатологічні розриви матки відрізняються відсутністю чітких симптомів, "мовчазним" перебігом.

**Клінічні симптоми загрози розриву матки при морфологічних змінах міометрія (гістопатичного):**

1. Патологічний "прелімінарний" період.

2. Слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від пологостимуляції.

3. Надмірна пологова діяльність після слабкості пологових сил у відповідь на пологостимулювальну терапію.

4. Можливий больовий синдром: поява постійного болю та локальна болючість після переймів у ділянці рубця на матці або нижнього сегмента, постійний біль нез'ясованої локалізації після переймів, який віддає у крижі; частіше — відсутність болю, що насторожує.

5. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.

6. Клінічні прояви інфекції в пологах (хоріонамніоніт, метрит).

7. Інтранатальна гіпоксія, антенатальна загибель плода.

#### **Клінічні симптоми розриву матки:**

1. Припинення пологової діяльності.

2. Зміна контурів та форми матки.

3. Больовий синдром: біль різноманітного характеру (нижчий, переймоподібний внизу живота та у крижах; різкий біль, який виникає на висоті переймів; потуги на тлі тривалих непродуктивних переймів при повному розкритті маткового зіву; при зміні положення тіла; розпиральний біль у животі; біль у надчерев'ї у разі розриву матки в ділянці дна та труб, який нерідко супроводжується нудотою, блюванням).

4. При пальпації живота відмічаються різка загальна та локальна болючість; здуття.

5. Різкий біль при пальпації та зміщенні матки.

6. Поява різкоболючого утворення по ребру або над лонном (гематома).

7. Симптом “перекритого дна” матки.

8. Народження плода в черевну порожнину — пальпація його частин крізь черевну стінку.

9. Симптоми подразнення очеревини.

10. Зовнішня, внутрішня або комбінована кровотеча.

11. Посилення симптомів геморагічного шоку.

12. Внутрішньоутробна загибель плода.

#### **При ознаках загрози розриву матки:**

1) припиняється пологова діяльність (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики), вагітна транспортується в операційну;

2) пологи завершуються оперативним втручанням:

- при диспропорції таза та передлеглої частини — тільки кесаревим розтином;

- при гістопатологічному розриві — найчастіше кесаревим розтином, проте у разі опущення (знаходження) передлеглої частини плода в площину вузької частини таза або виходу з таза можливе розродження через природні родові шляхи.

**Післяпологовий виворот матки.** У разі вивороту матки її шари розміщуються навиворіт: слизова оболонка стає зовнішнім шаром, а серозний покрив — внутрішнім.

Виворот матки після пологів зазвичай супроводжується низкою тяжких симптомів: гострий біль у животі, АТ знижується, виникають нудота, блювання, зі статевої щілини висувається вивернута матка яскраво-червоного кольору. Іноді матка вивертається разом із плацентою, яка ще не відокремилась.

Лікування зазвичай консервативне. Під наркозом обережно вправляють матку через широко розкритий зів.

#### **Гіпоксія та асфіксія новонародженого**

Гіпоксія плода й асфіксія новонародженого (перинатальна асфіксія) — патологічні стани, які розвиваються внаслідок гострої або хронічної кисневої недостатності та метаболічного ацидозу, що проявляються розладами діяльності життєво важливих систем — ЦНС, кровообігу, дихання.

Перинатальна асфіксія є однією з основних причин перинатальної смертності, становлячи її в структурі від 20 до 50 %.

Основні причини перинатальної асфіксії:

- хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода при гестозах, фетоплацентарній недостатності, захворюваннях вагітної, що супроводжуються гіпоксією та гіпоксемією;
- гостра гіпоксія (асфіксія) плода під час пологів через порушення матково-плацентарного кровообігу у разі передчасного відшарування плаценти, випадання петель пуповини, обвивання пуповини, дискоординованої пологової діяльності;
- асфіксія новонародженого в більшості випадків є наслідком гіпоксії (асфіксії) плода.

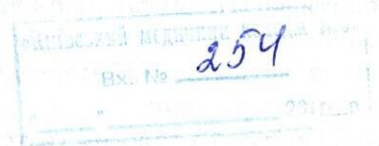
**Клінічна діагностика асфіксії новонародженого.** У разі розвитку асфіксії у новонародженого спочатку виникає нерегулярне дихання або окремі “зітхання” на тлі регулярного дихання. Якщо гіпоксія не усувається, то дихання припиняється. Разом із порушенням дихання асфіксія новонародженого характеризується тахі- або брадикардією, блідістю шкірних покривів, ціанозом.

Діагностика асфіксії новонародженого ґрунтується на таких ознаках: низькій оцінці за шкалою АПГАР на 1-й та 5-й хвилині; оцінка 0—3 бали вказує на тяжку асфіксію; 4—6 балів — на асфіксію середньої тяжкості.

**Первинна допомога новонародженому:**

- дитину слід прийняти в теплі пелюшки, покласти під джерело променистого тепла;
- треба звільнити дихальні шляхи від вмісту (за допомогою гумового балончика, разового аспіратора або катетера, з'єданого з електричним відсмоктувачем, причому спочатку з рота, а потім з носа);
- провести тактильну стимуляцію дихання, витираючи шкірні покриви, обережно погладжуючи тулуб, кінцівки; якщо після цих процедур новонароджений не дихає, треба провести тактильну стимуляцію шляхом одно-дворазових поплескувань по підощві або тертя по спині.

Заходи з надання первинної допомоги новонародженому мають тривати не довше ніж 2 с. Потім проводять оцінку стану новонародженого за параметрами: дихання, частота серцевих скорочень, колір шкіри, після чого вирішується питання про необхідність проведення реанімаційних заходів (див. практикум).



## Тема 1

# ПІЗНІ ГЕСТОЗИ, НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

### *Актуальність теми:*

- гестоз розвивається у 8—15 % вагітних;
- за даними ВООЗ, у 15—40 % випадків жіноча смертність безпосередньо пов'язана з гіпертензивними порушеннями під час вагітності;

- у світі щороку від гестозу гине 65 тис. жінок.

*Мета:* формування професійних навичок.

### *Студент повинен знати:*

- патогенез, клініку гестозу;
- надання невідкладної допомоги при гестозі вагітних у домашніх умовах та на ФАПі;
- транспортування вагітних з тяжким гестозом.

### *Студент повинен вміти:*

- вводити ротрозширювач або гумовий клин на фантомі;
- давати рауш-наркоз, ШВЛ на фантомі;
- вводити вагітну в стан нейролептанальгезії;
- транспортувати вагітну з тяжким гестозом;
- розв'язувати ситуаційні завдання.

### *Самостійна робота:*

- огляд вагітних з тяжким гестозом;
- діагностування;

## Пізнi гестози, невідкладна допомога

- підготовка інструментів та медикаментів для надання невідкладної допомоги вагітним під час еклампсії;
- надання невідкладної допомоги вагітним з тяжким гестозом;
- транспортування вагітних з тяжким гестозом;
- розв'язання ситуаційних завдань.

### *Матеріали для самопідготовки та самоконтролю*

Класифікація гестозу, схеми № 1 і 2, ситуаційні завдання, тести.

### *Класифікація пізнього гестозу*

1. Доклінічна форма пізнього гестозу — прегестоз.
2. Моносимптомні форми гестозу:
  - артеріальна гіпертензія;
  - набряки;
  - протеїнурія.
3. Полісимптомні форми гестозу:
  - прееклампсія легкого ступеня;
  - прееклампсія середнього ступеня;
  - прееклампсія тяжкого ступеня;
  - еклампсія.

Таблиця 1. Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії/еклампсії

Діагноз	Діастолічний тиск, мм рт. ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія	90—99	> 0,3	—

Продовження табл. 1

Діагноз	Діастолічний тиск, мм рт. ст.	Протеїнурія, г/добу	Інші ознаки
Прееклампсія середньої тяжкості	100—109	0,3—0,5	Набряки на обличчі, руках, інколи головний біль
Тяжка прееклампсія	≥ 110	> 5	Набряки генералізовані, значні; головний біль; порушення зору; біль у надчреві або (та) правому підребер'ї Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/добу) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥ 90	≤ 0,3	Судомний напад (один чи більше)

### Ситуаційні завдання

**Завдання № 1.** Фельдшера швидкої допомоги було викликано додому до вагітної, в якій виникли головний біль, миготіння перед очима. АТ 150/90 мм рт. ст. Термін вагітності 32 тиж.

Діагноз? Тактика фельдшера?

**Завдання № 2.** Роділля, 23 років, пологі перші, термінові. АТ 160/90 мм рт. ст. У II періоді пологів у роділлі виникли судоми. Поздовжнє положення плода, серцебиття 130 за 1 хв, ясне, ритмічне.

Діагноз? Тактика фельдшера?



Схема 1. Патогенез гестозу

### Тести

1. Який симптом не належить до пізнього гестозу:
- гіпертонія;
  - набряки;
  - протеїнурія;

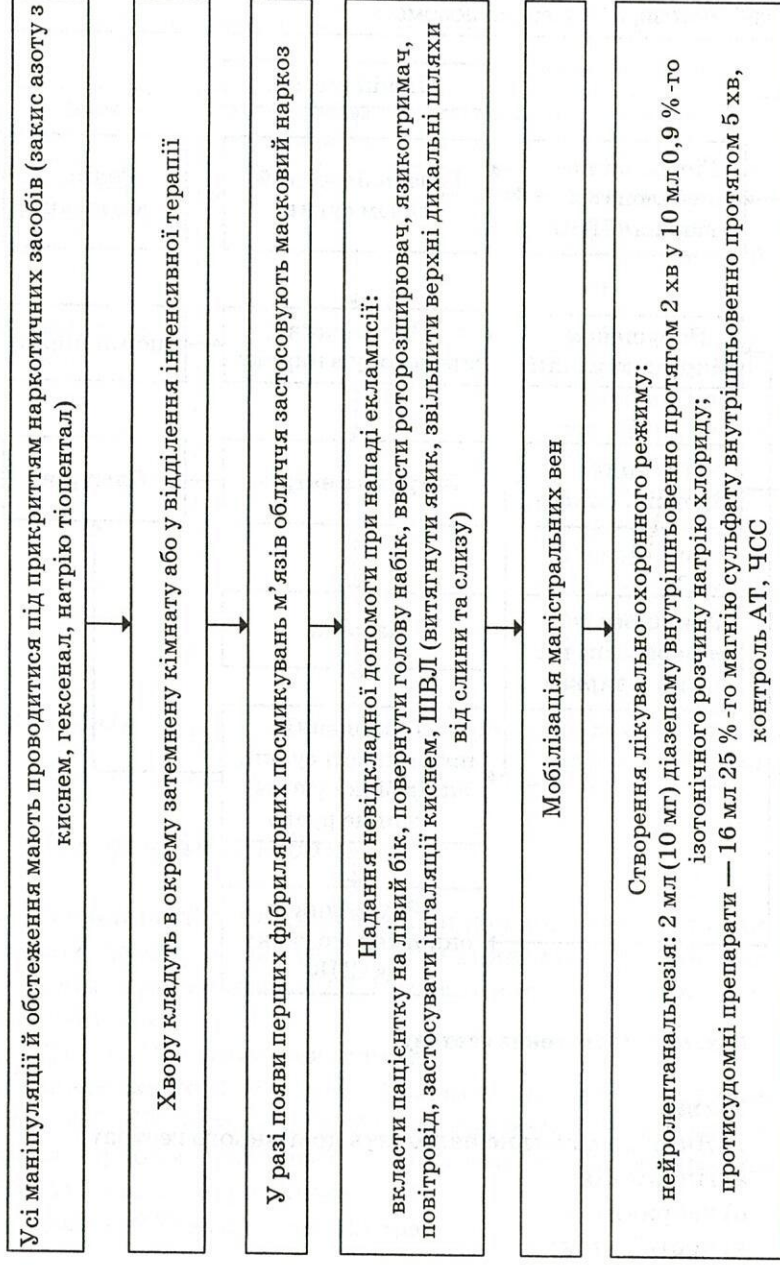


Схема 2. Алгоритм дій під час нападу еклампсії

г) глюкозурія;

д) судоми.

2. Яка ознака відрізняє еклампсію від інших видів пізнього гестозу:

а) підвищення АТ;

б) набряки;

в) судоми;

г) наявність білка в сечі;

д) головний біль.

3. Долікарняна допомога при еклампсії:

а) кровопускання;

б) прикладання холоду до голови;

в) введення анальгетиків;

г) запобігання западанню язика і рауш-наркоз;

д) визначення білка в сечі.

4. Який пізній гестоз супроводжується судомами:

а) гіпертензія;

б) еклампсія;

в) прееклампсія;

г) протеїнурія;

д) прихована гіпертензія.

5. У першороділлі 22 років виникли фібрилярні посіпування м'язів обличчя. Яку із запропонованих дій слід здійснити в першу чергу:

а) інгаляція кисню;

б) фіксація язика;

в) інгаляція ефіру;

г) видалення слизу із верхніх дихальних шляхів;

д) внутрішньовенне введення серцевих глікозидів.

6. В акушерський стаціонар доставлено вагітну К., 18 років, строк вагітності 32 тиж. Під час обстеження виявлено: АТ на правій руці 140/80, на лівій — 145/85. Пульс — 76 за 1 хв, на ногах набряки, білок у сечі — 0,066 г/л.

Діагноз:

а) еклампсія вагітних;

б) гіпертензія вагітних;

в) прееклампсія I ступеня;

г) протеїнурія вагітних;

д) набряки вагітних?

7. У вагітної з пізнім гестозом розвинувся напад судом.

Вкажіть, що із переліченого є першочерговим при наданні невідкладної допомоги:

а) виміряти АТ;

б) ввести еуфілін;

в) дати кисень;

г) ввести роторозширювач та зафіксувати язик;

д) дати наркоз.

### Еталони відповідей

#### Завдання № 1.

Діагноз: вагітність 32 тиж. Прееклампсія II—III ступеня.

Тактика: провести нейролептанальгезію, потім госпіталізувати в пологовий будинок. Під час транспортування:

- спостерігати за загальним станом;
- проводити інфузійну терапію;
- спостерігати за серцебиттям плода.

#### Завдання № 2.

Діагноз: вагітність 40 тиж, пологи перші, II період. Еклампсія.

Тактика:

- рауш-наркоз, давання кисню;
- виключити II період пологів накладанням акушерських щипців.

Тести:

1 — г;

2 — в;

3 — г;

4 — б;

5 — в;

6 — в;

7 — г.

**Таблиця 2. Схема застосування діазепаму у разі тяжкої пре-еклампсії та еклампсії**

Стартова доза	10 мг (2 мл) внутрішньовенно протягом 2 хв у 10 мл 0,9 % -го ізотонічного розчину натрію хлориду. У разі перевищення дози 30 мг за 1 год у хворої може виникнути пригнічення або зупинка дихання!
Підтримувальна доза	40 мг розчиняють у 500 мл 0,9 % -го ізотонічного розчину натрію хлориду або розчині Рінгера і вводять внутрішньовенно зі швидкістю 22 мл/год (6—7 крапель за 1 хв) Якщо є можливість введення шприцевим дозатором, встановлюють швидкість 1,5—1,75 мг діазепаму за 1 год. За необхідності добову дозу можна збільшити до 80 мг. Можливе внутрішньом'язове введення препарату по 10 мг через кожні 3—4 год
Ректальне введення	За неможливості забезпечити внутрішньовенне введення 20 мг діазепаму треба розчинити його в 10 мл 0,9 % -го ізотонічного розчину натрію хлориду і ввести у пряму кишку через катетер. Після цього стискають сидниці й утримують їх у такому положенні 10 хв

### Самостійна робота за темою

#### “Невідкладна допомога вагітним з гестозом тяжкого ступеня”

##### Актуальність теми:

Гестози належать до найпоширеніших і найтяжчих ускладнень вагітності. Вони розвиваються у 8—25 % вагітнос-

тей та є однією з основних причин захворюваності та смертності. У структурі материнської захворюваності на гестози припадає 30 %. Рівень перинатальної захворюваності та смертності залишається високим — від 3,8 до 9,5 %. При гестозах недоношеність трапляється у 12,1 %, мертворожденість — у 6,2, гіпотрофія плода — у 7 % випадків.

**Мета:** формування професійних навичок.

##### Студент повинен знати:

- класифікацію гестозів;
- методи оцінки ступеня тяжкості гестозів;
- ускладнення гестозів;
- надання невідкладної допомоги при гестозах;
- методи розродження при гестозах;
- транспортування хворих з гестозами.

##### Студент повинен вміти:

- діагностувати гестози;
- проводити “пухирцеву пробу”;
- контролювати АТ, масу тіла;
- дати масковий наркоз;
- надати невідкладну допомогу при тяжких формах гестозу;
- визначити білок у сечі;
- транспортувати хворих з гестозами.

## Матеріали до аудиторної самостійної роботи

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Будову жіночих статевих органів	—
Догляд за хворим	Догляд за породіл-лею, роділлею	Визначити пульс, АТ, зробити внутрішньом'язові, підшкірні ін'єкції, заповнити крапельницю; зробити катетеризацію сечового міхура
Фармакологія	Седативні, гіпотензивні препарати, діуретики, протисудомні засоби, антисептики, утеротоніки	—
Внутрішні хвороби	Як проводити об'єктивне обстеження, як збирати анамнез	—
Акушерство	Акушерське обстеження. Гестози. Пологи	Застосувати чотири прийоми Леопольда, аускультацию плода, полічити кількість переймів; надати невідкладну допомогу при нападі еклампсії; застосувати профілактичні заходи щодо крововтрат під час пологів
Педіатрія	Гіпотрофію плода. Догляд за новонародженим	Здійснити перший туалет новонародженого

## Орієнтувальна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки до навчальних дій
Вивчити діагностику, клініку, лікування гестозів	Скласти схему клінічних проявів та лікування при гестозах
Вивчити невідкладну допомогу при тяжких формах гестозу	Скласти схему надання невідкладної допомоги при тяжких формах гестозу
Вивчити ускладнення у матері та плода при гестозах	Записати в щоденнику
Вивчити принципи ведення пологів при гестозах	Записати в щоденнику
Знати акушерське обстеження	Скласти алгоритм дій
Знати профілактику гіпоксії плода	У щоденнику перелічити всі методи
Проба сечі на цукор	Записати в щоденнику

## Рекомендована література

### Основна

1. Бодяжина В.И. Акушерство. — 1995. — С. 192—214.
2. Жученко та ін. Акушерство. — 1995. — С. 217—238.

### Додаткова

1. Айламазян Э.К. Акушерство. — СПб.
2. Степанковська Г.К., Венцовський Б.М. Невідкладне акушерство. — К.: Здоров'я, 1994. — С. 164—196.
3. Наказ МОЗ № 676 від 31.12.2004 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". — С. 13, 22.

## Матеріали для аудиторної самотійної роботи

Звернути увагу на анамнез	Вік, обтяжений спадковий анамнез, наявність екстрагенітальних захворювань
Провести загальне клінічне обстеження	Виміряти АТ, поррахувати пульс, перевірити наявність набряків
Провести акушерське дослідження	Визначити членорозташування плода, вислухати серцебиття плода, виміряти ОЖ, ВМД
Поставити передбачуваний діагноз	Визначити термін вагітності, термін пологів
Ознайомитися із токсикозним листком пацієнтки	Перевірити запис у токсикозному листку даних АТ, маси тіла, діурезу
Визначити наявність білка в сечі	Провести дослідження сечі на наявність білка у цієї (яку курують) вагітної
Під час нападу еклампсії	Брати участь у наданні невідкладної допомоги під час нападу еклампсії, профілактиці гіпоксії плода, лікуванні гестозу

## Матеріали для самоконтролю

### Питання

1. Перелічити клінічні симптоми прееклампсії.
2. Що таке проба Мак-Клюра—Олдріча?
3. Назвати чотири періоди еклампсії.
4. Які ускладнення можуть бути у вагітної, породіллі, роділлі при гестозах?
5. Які ускладнення можуть бути у плода?

6. У чому полягає невідкладна допомога під час нападу еклампсії?

7. Як проводити профілактику гестозів?

## Ситуаційні завдання

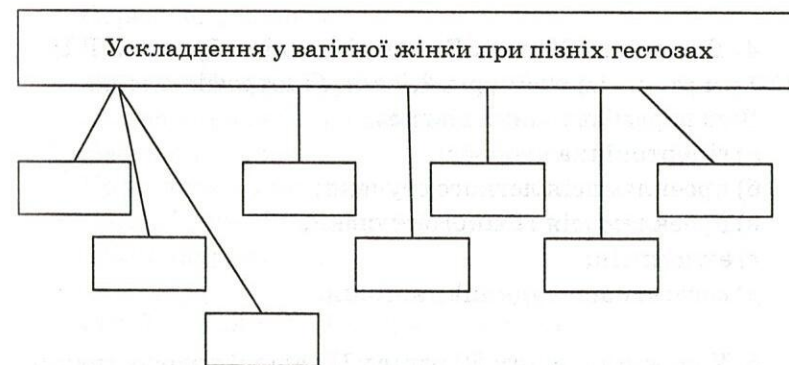
**Завдання № 1.** У вагітної, хворої на гіпертонію I—II ст., з терміном вагітності 35 тиж з'явилися набряки на нижніх кінцівках, у сечі — білок до 3 ‰, АТ — 170/110 мм рт. ст., почав непокоїти головний біль, погіршився зір. Проведене інтенсивне лікування протягом 4 год ефекту не дало.

Діагноз? Тактика?

**Завдання № 2.** Пацієнтка, 35 років, вагітність перша, 39 тиж, доставлена у пологовий будинок у непритомному стані. Набряки всього тіла. Зі слів родичів останні два тижні скаржилася на головний біль, удома був напад судом. Пологова діяльність — перейми через 7—8 хв по 30—35 с.

Діагноз? Тактика? Які ускладнення можуть бути у матері? У плода?

**Завдання № 3.** Вписати, які ускладнення виникають у вагітної у разі пізніх гестозів.



**Тести**

1. До гестозів другої половини вагітності належать:

- а) гіталізм;
- б) блювання;
- в) еклампсія;
- г) гостра жовта атрофія печінки;
- д) дерматози.

2. Еклампсія — це:

- а) моносимптомний гестоз;
- б) психоемоційний стан;
- в) судомний напад під час важкого пізнього гестозу;
- г) стан шоку;
- д) різновид епілепсії.

3. Симптоми прееклампсії:

- а) біль унизу живота;
- б) підвищення температури тіла;
- в) напади тонічних судом;
- г) біль у підкладковій ділянці, головний біль, підвищення АТ;
- д) коматозний стан без судом.

4. Вагітність 30 тиж. Генералізовані набряки. АТ 190/110 мм рт. ст. Протеїнурія 2,0 г/л. Гіпотрофія плода.

Ваш передбачуваний діагноз:

- а) гіпертонічна хвороба;
- б) прееклампсія легкого ступеня;
- в) прееклампсія важкого ступеня;
- г) еклампсія;
- д) вегетативно-судинна дистонія.

5. У породіллі віком 20 років у II періоді пологів трапився напад еклампсії.

Яка тактика подальшого ведення пологів:

- а) операція кесарів розтин;
- б) накладання акушерських щипців;
- в) вакуум-екстракція плода?

**Еталони відповідей****Завдання № 1**

Діагноз: вагітність 35 тиж. Прееклампсія.

Тактика: термінове розродження — кесарів розтин, лікування гестозу.

**Завдання № 2**

Діагноз: вагітність перша, 39 тиж. Пологи перші. I період пологів. Еклампсія.

Тактика: кесарів розтин, лікування гестозу.

Ускладнення у матері: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, відшарування сітківки очей, набряк мозку, гостра ниркова недостатність, атонічна кровотеча, ДВЗ-синдром, крововилив у мозок.

Ускладнення у плода: внутрішньоутробна гіпоксія плода, загибель плода.

**Завдання № 3**

1. Передчасні пологи.
2. Передчасне відшарування плаценти.
3. Набряк або відшарування сітківки ока.
4. Гостра ниркова недостатність.
5. Набряк мозку.
6. Крововилив у мозок.
7. Гіпо- або атонічна кровотеча після пологів.
8. ДВЗ-синдром.

Тести: 1 — в; 2 — в; 3 — д; 4 — в; 5 — в.

## Тема 2

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА У РАЗІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

### *Актуальність теми:*

- маткові кровотечі посідають одне з головних місць у структурі материнської смертності;
- за даними ВООЗ, частота спонтанних абортів становить 15—20 %, передчасних пологів — 4,65—7,3 %;
- проблема не виношування зумовлюється не лише медичними, а й соціальними факторами;
- частота передчасного відшарування плаценти становить 0,5—0,35 %, передлежання плаценти — 0,29 %.

**Мета:** формування професійних навичок.

### *Студент повинен знати:*

- клініку, діагностику кровотечі у першій та другій половині вагітності в домашніх умовах, на ФАПі;
- невідкладну допомогу при кровотечах у першій та другій половині вагітності в домашніх умовах і на ФАПі;
- транспортування вагітних у першій та другій половині вагітності.

### *Студент повинен вміти:*

- надати невідкладну допомогу у разі кровотечі у першій та другій половині вагітності;
- транспортувати вагітних з кровотечами у першій та другій половині вагітності;

- визначити фактичну крововтрату;
- провести амніотомію;
- підготувати акушерські щипці та виконати роль асистента в момент їх накладання.

### *Самостійна робота:*

- огляд вагітних з кровотечами у першій та другій половині вагітності;
- діагностування;
- підготовка інструментів і медикаментів для надання невідкладної допомоги вагітним з кровотечею у першій та другій половині вагітності;
- надання невідкладної допомоги вагітним з кровотечею у першій та другій половині вагітності в домашніх умовах та на ФАПі;
- транспортування вагітних з кровотечею у першій та другій половині вагітності;
- розв'язання ситуаційних завдань згідно з темою.

## *Матеріали для самопідготовки та самоконтролю*

Схеми 3—7, ситуаційні завдання, тести.

## *Ситуаційні завдання*

### **Завдання № 1**

У пацієнтки з повторною вагітністю терміном 8 тиж виникли переймоподібний біль унизу живота і сильна кровотеча зі статевих шляхів. Викликано машину “Швидкої допомоги”.

Діагноз? Тактика?

### **Завдання № 2**

До вагітної додому викликано фельдшера ФАПу. Година тому у вагітної почалися кров'яні виділення зі статевих шляхів. Перша вагітність завершилася 2 роки тому пологами, ускладненими у ранній післяпологовий період

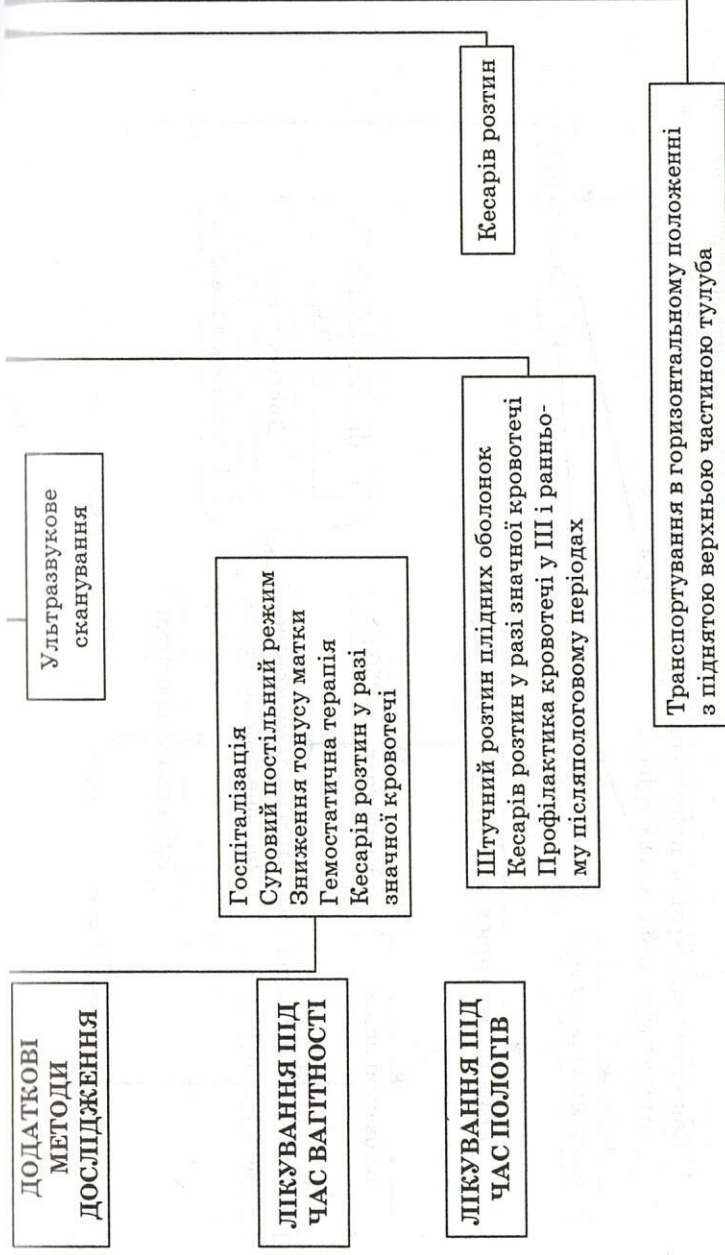
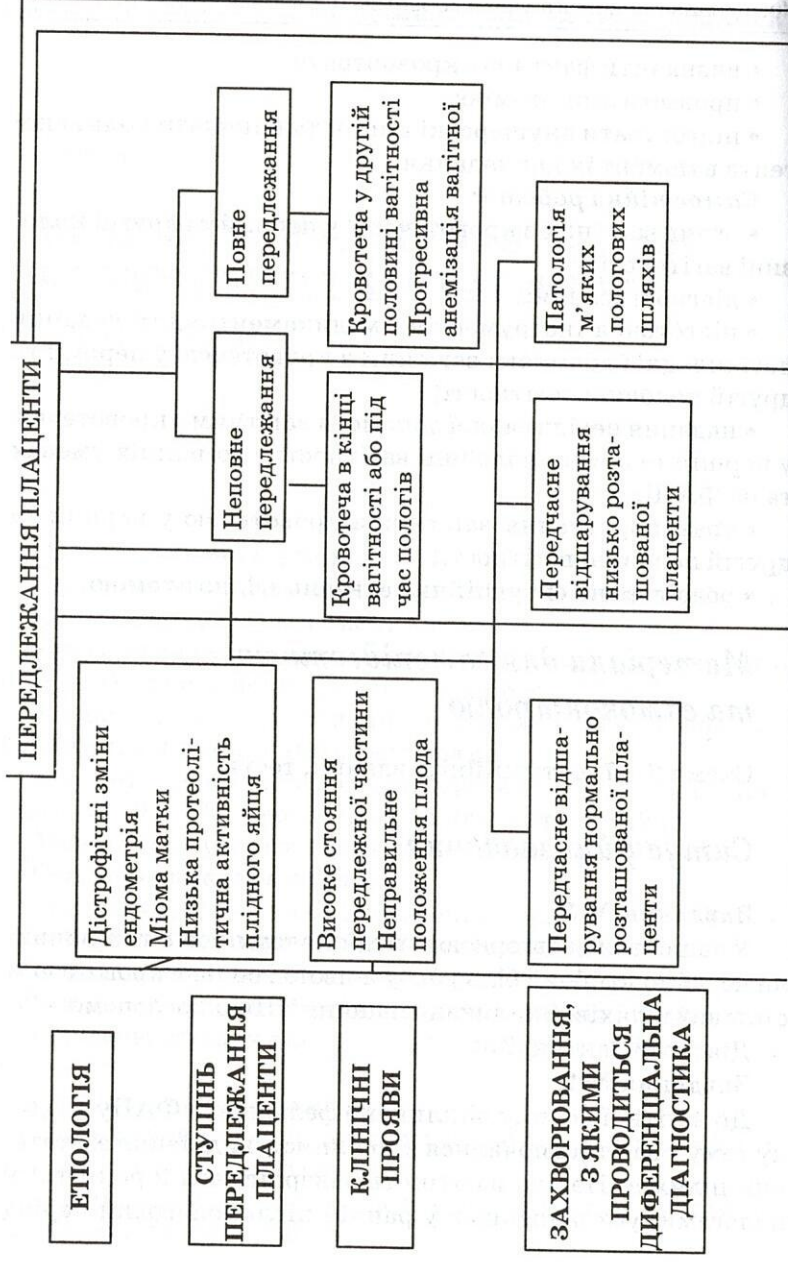


Схема 3. Передлежання плаценти

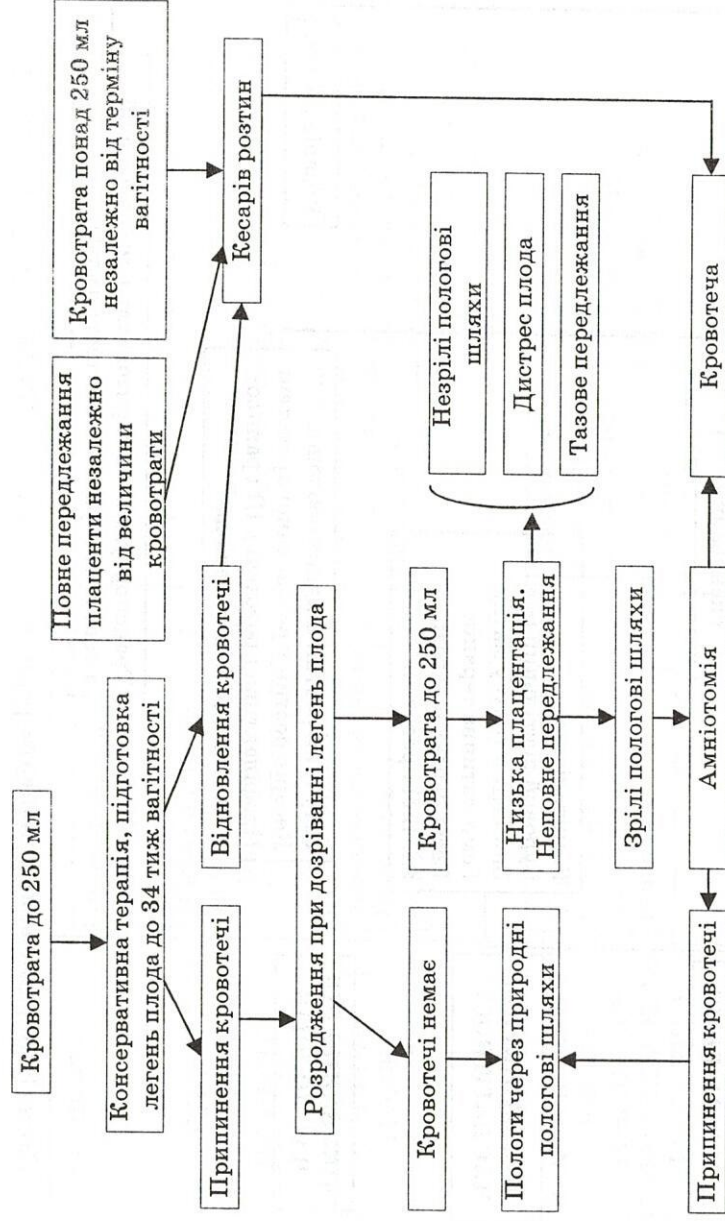
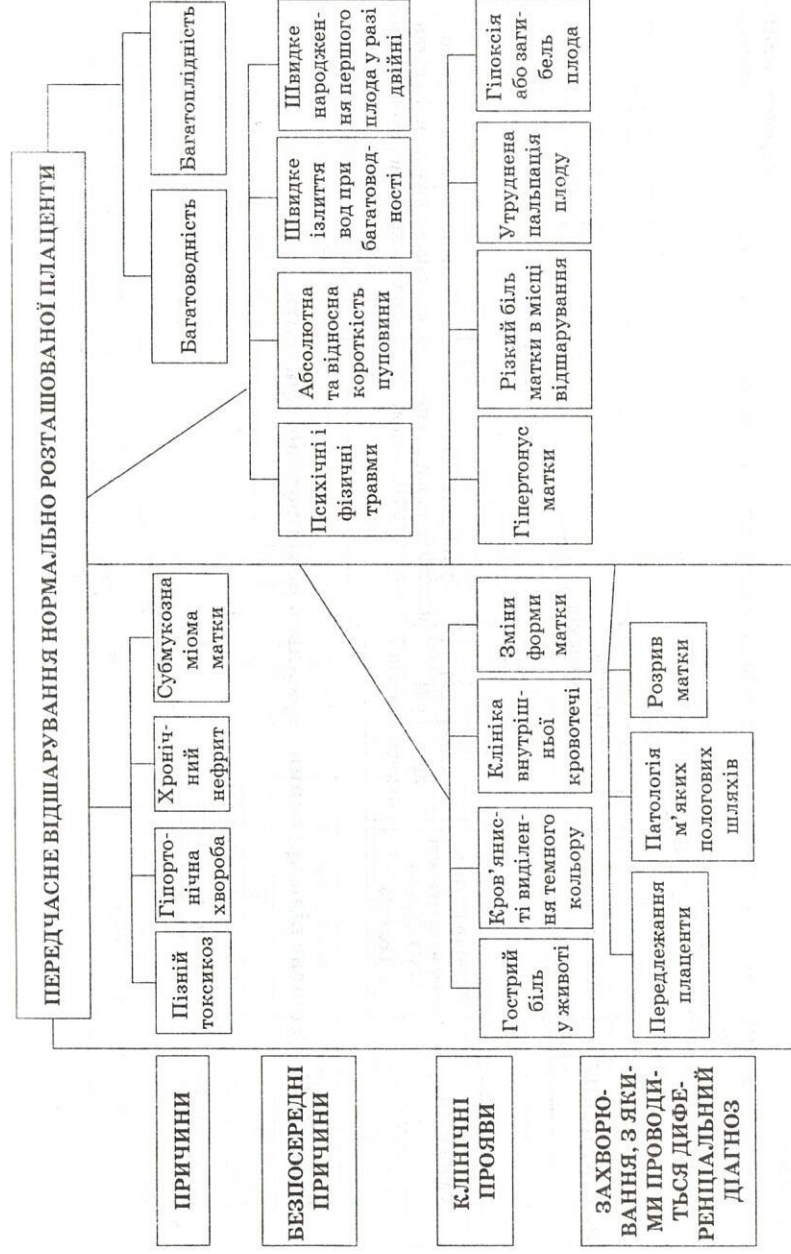


Схема 4. Алгоритм ведення вагітних з передлежанням плаценти



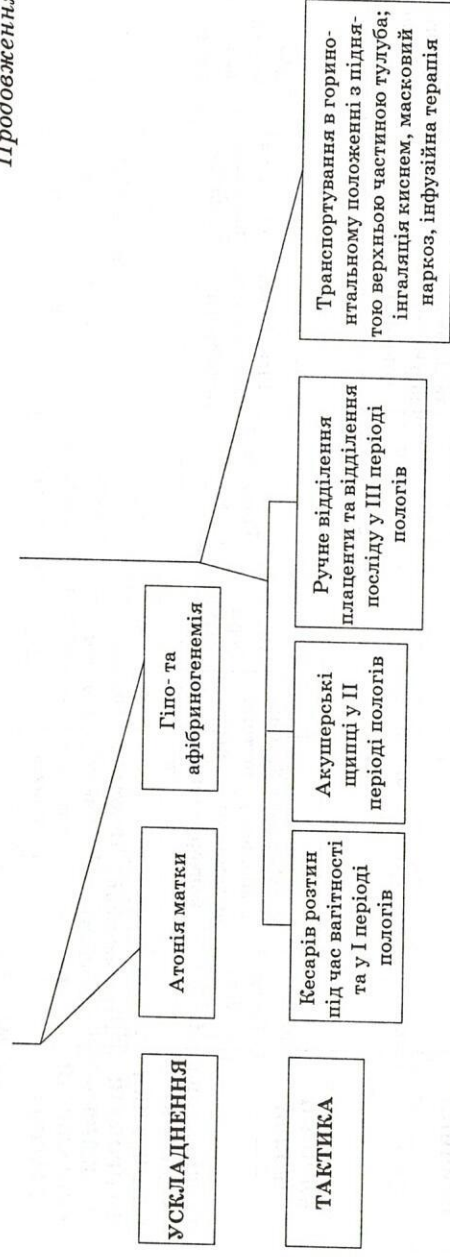


Схема 5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

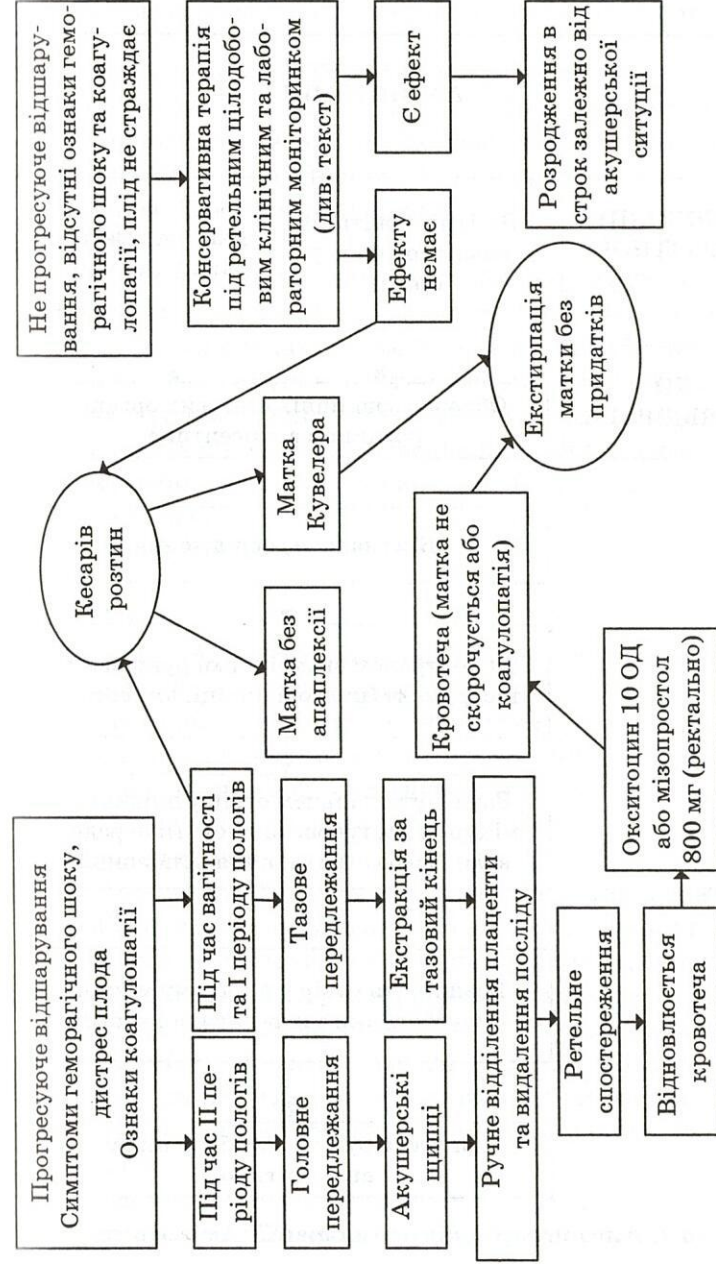


Схема 6. Алгоритм ведення вагітної з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти

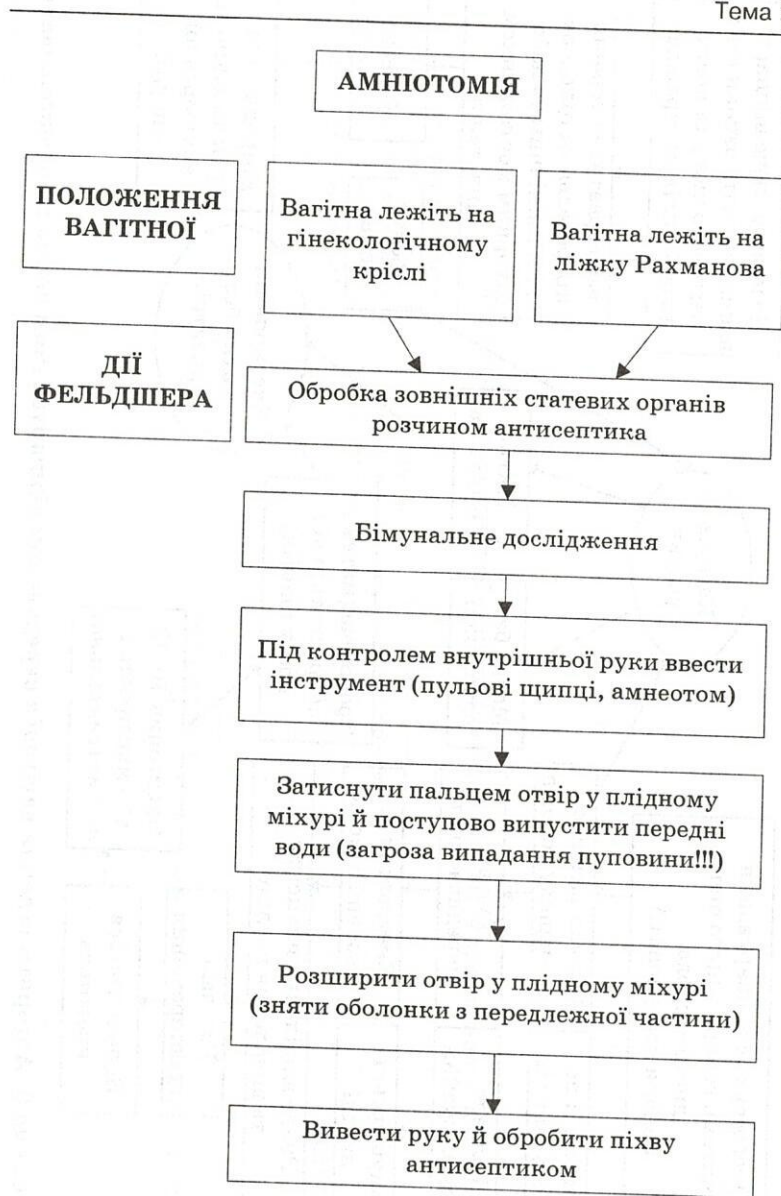


Схема 7. Алгоритм дій під час операції “Амніотомія”

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?

### Завдання № 3

У жінки з терміном вагітності 36 тиж виник біль у животі в ділянці матки. Викликано машину “Швидкої допомоги”. Під час огляду: пульс 90 за 1 хв, АТ 110/60. Живіт збільшився за рахунок вагітної матки, матка напружена, болюча, особливу в правому трубному відділі. Положення плода поздовжнє, голівка передлежить над входом у малий таз, серцебиття плода 160 за 1 хв. Виділень зі статевих шляхів немає.

Діагноз? Тактика?

### Тести

1. Який метод лікування використовують при “аборті в ході” на ранньому терміні вагітності:

- накладання швів на шийку матки;
- вискоблювання маткової порожнини;
- призначення спазмолітичних засобів;
- призначення утеротонічних засобів;
- холод на низ живота?

2. У пологовий будинок доставлено роділлю з повторною вагітністю терміном 40 тиж. Пологової діяльності немає. Дві години тому почалася значна кровотеча, яка продовжується дотепер. Положення плода поздовжнє, перша позиція, передній вид, рухома голівка передлежить над входом у малий таз. Розміри тазу: 24—26—30—20. Дослідження піхви: шийка згладжена, відкриття 1 см, внутрішній зів повністю закритий губчастою тканиною, значна кровотеча.

Діагноз:

- центральне передлежання плаценти;
- крайове передлежання плаценти;

в) передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;

г) шийкова вагітність;

д) гіпотонічна кровотеча?

3. Фельдшера ФАПу викликано додому до вагітної, у якої виник біль у животі. Вагітність третя, 36 тиж, гіпертонічна хвороба. При пальпації матка болюча в ділянці правого трубного кута, напружена, положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода 140 за 1 хв.

Діагноз:

а) вагітність 36 тиж. Гіпертонічна хвороба. Крайове передлежання плаценти;

б) вагітність 36 тиж. Гіпертонічна хвороба. Бокове передлежання плаценти;

в) вагітність 36 тиж. Гіпертонічна хвороба. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;

г) вагітність 36 тиж. Гіпертонічна хвороба. Розрив матки?

### *Еталони відповідей*

#### **Завдання № 1**

Діагноз: вагітність 8 тиж. Аборт в ході.

Тактика: транспортування в гінекологічне відділення, лід на низ живота, інфузійна терапія, контроль пульсу, АТ, госпіталізація у горизонтальному положенні.

#### **Завдання № 2**

Діагноз: вагітність друга, 40 тиж, ОАА. Передлежання плаценти. Внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Тактика: визначити загальний стан хворої, ступінь крововтрати, акушерську ситуацію, поступово вводити поліглюкін; 5 мл 5 % -го розчину аскорбінової кислоти, 5 мл 5 % -го розчину унітіолу, оксигенотерапія. Транспортування хворої у горизонтальному положенні з піднятою верхньою частиною тулуба для зменшення дихальної недостатності.

#### **Завдання № 3**

Діагноз: вагітність 36 тиж. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Загрозлива внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Тактика: визначити ступінь тяжкості загального стану вагітної, з'ясувати акушерську ситуацію, визначити стан внутрішньоутробного плода, інфузійна терапія, інгаляція кисню, масковий наркоз (у разі вираженого больового синдрому), транспортування у горизонтальному положенні з піднятою верхньою частиною тулуба.

**Тести:**

1 — б;

2 — а;

3 — в.

## Тема 3

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА У РАЗІ КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДАХ

### *Актуальність теми:*

- маткові кровотечі під час пологів та в ранньому послідовому періоді належать до групи найтяжчих ускладнень;
- при патологічних маткових кровотечах крововтрата становить 400 мл і більше;
- питома вага крововтрати від 100 мл і більше становить 5—10 % усіх пологових кровотеч;
- аномалії прикріплення плаценти трапляються у 0,69 %;
- частота гіпо- й атонічних кровотеч у ранньому післяпологовому періоді становить 3—4 % усіх пологів.

**Мета:** формування професійних навичок

### *Студент повинен знати:*

- причини, клініку, профілактику кровотечі у III періоді пологів та ранньому післяпологовому періоді;
- стадії геморагічного шоку;
- лікувально-тактичні заходи у разі кровотечі у III періоді та в ранньому післяпологовому періоді;
- ознаки відділення плаценти.

### *Студент повинен вміти:*

- застосувати методи відділення плаценти;
- провести зовнішній масаж матки;
- провести ручне відділення плаценти;
- провести ревізію порожнини матки;
- зробити масаж матки на кулаку;
- притиснути нижній сегмент матки до хребта;
- притиснути аорту кулаком до хребта;
- ввести тампон з ефіром до заднього склепіння піхви;
- зробити тампонаду матки;
- застосувати медикаментозні методи зупинки кровотеч;
- транспортувати породілей із такою патологією;
- провести курацію роділлі та породіллі;

### *Самостійна робота:*

- брати участь у веденні III періоду пологів;
- проводити профілактику кровотеч;
- брати участь в огляді посліду, пологових шляхів;
- брати участь у наданні невідкладної допомоги у разі кровотечі;
- відпрацювати на фантомі ручне відділення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, масаж матки на кулаку;
- підготувати набір інструментів та медикаментів для надання невідкладної допомоги у разі гіпотонічної кровотечі;
- відпрацювати на фантомі різні способи зупинки кровотечі в III та ранньому післяпологовому періодах;
- транспортування породілей;
- курація роділлі та породіллі.

## *Матеріали для самопідготовки та самоконтролю*

Алгоритм надання медичної допомоги у разі кровотечі, пов'язаної із затримкою, патологією прикріплення або зацмлення плаценти, схеми 8—13.

*Алгоритм надання медичної допомоги у разі кровотечі, пов'язаної із затримкою, патологією прикріплення або защемленням плаценти*

1. Катетеризація периферичної або центральної вени 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); ручне відокремлення плаценти та виділення посліду.
7. При появі кровотечі — термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під внутрішньовенним наркозом.
8. Введення утеротонічних засобів — 10—20 ОД окситоцину у 400 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно.
9. У разі прирощення або пророщення плаценти — лапаротомія, екстирпація матки без придатків.
10. Оцінка величини крововтрати (див. с. 85, схеми 20, 21) та відновлення величини ОЦК (див. Лікування геморагічного шоку).

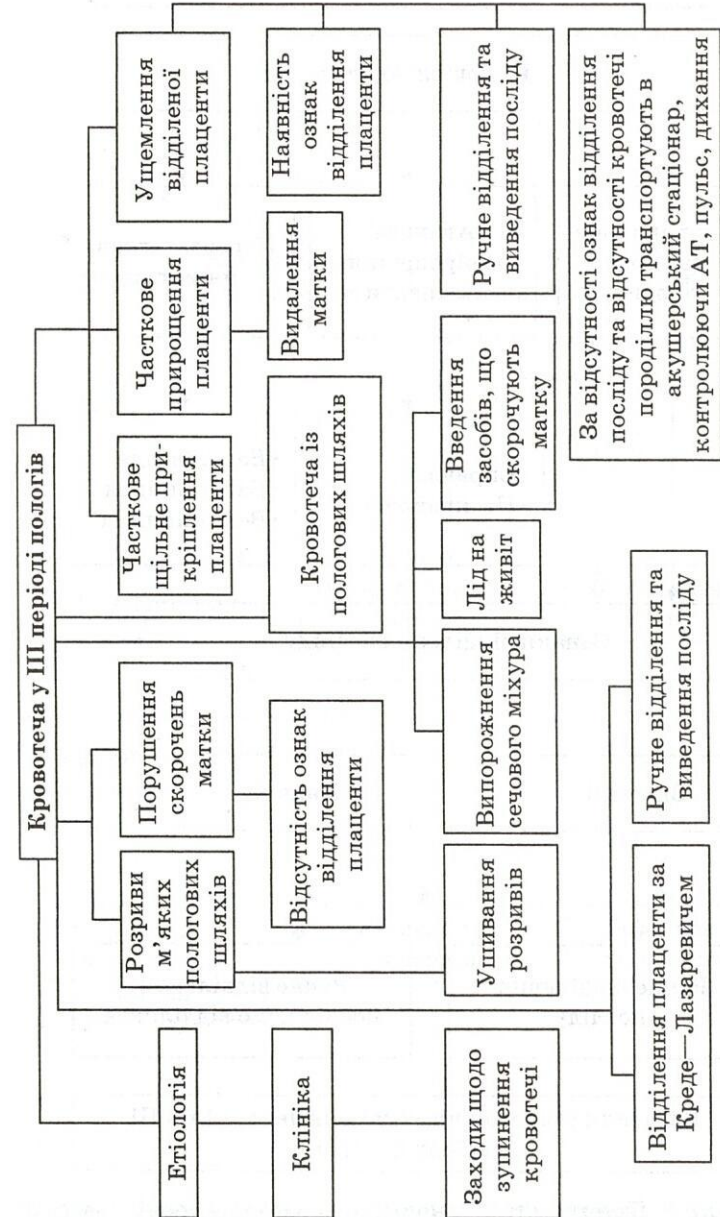
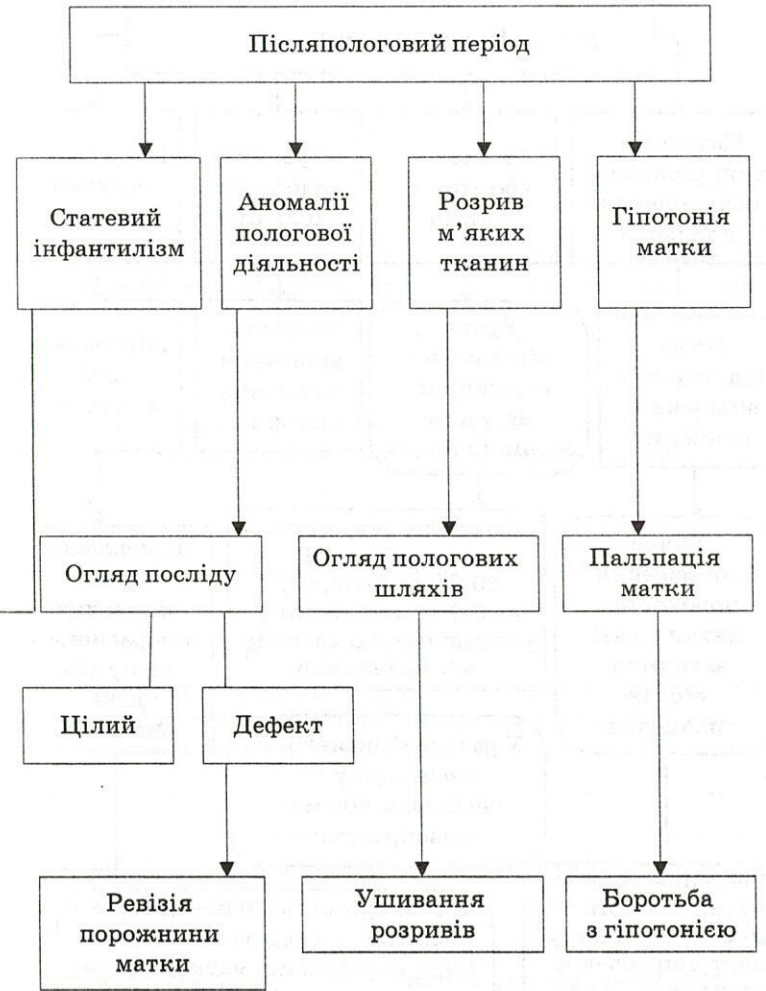


Схема 8. Кровотечі у III періоді пологів



Схема 9. Причини та діагностика кровотеч у послідовому та



ранньому післяпологовому періодах. Алгоритм дій фельдшера

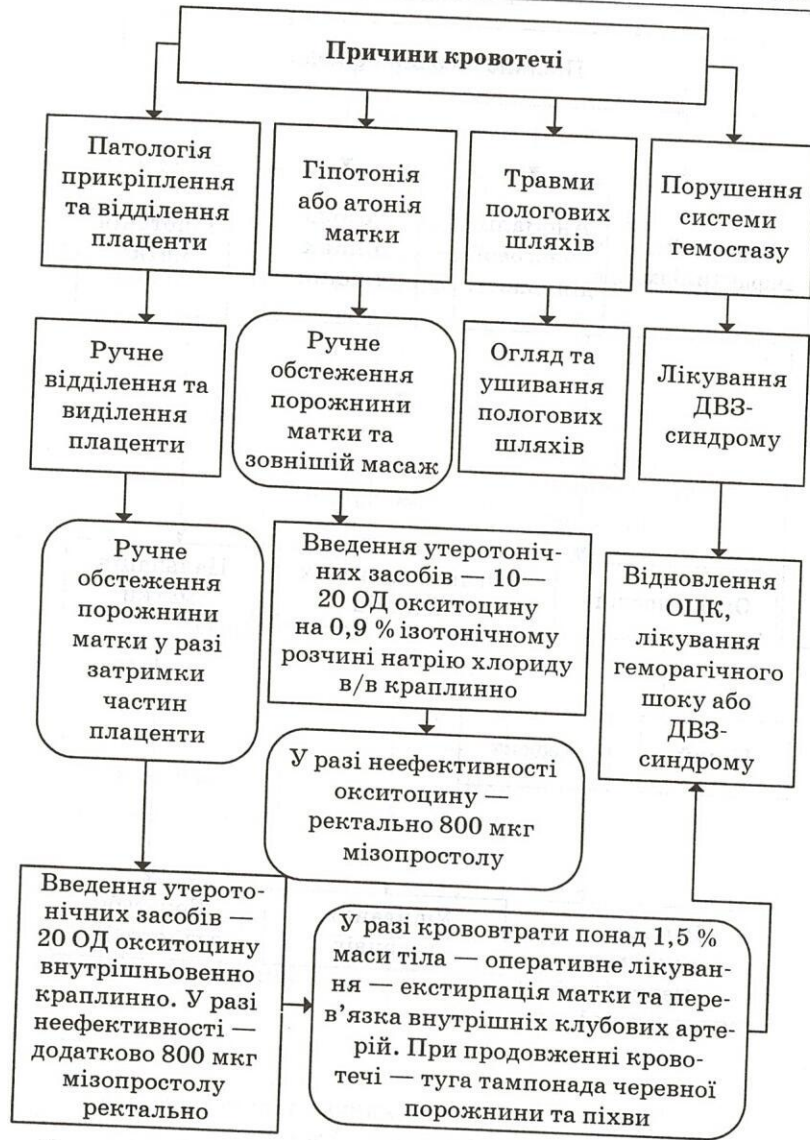


Схема 10. Алгоритм надання допомоги у разі післяпологових кровотеч

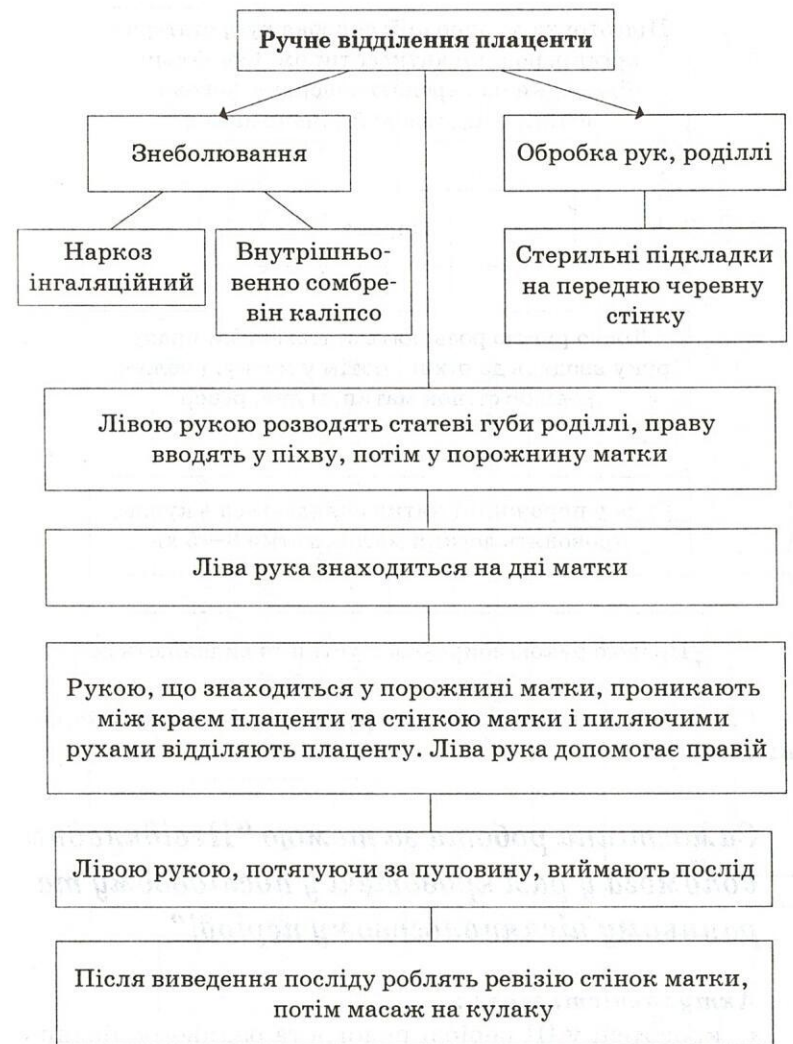


Схема 11. Алгоритм дій при ручному відділенні плаценти

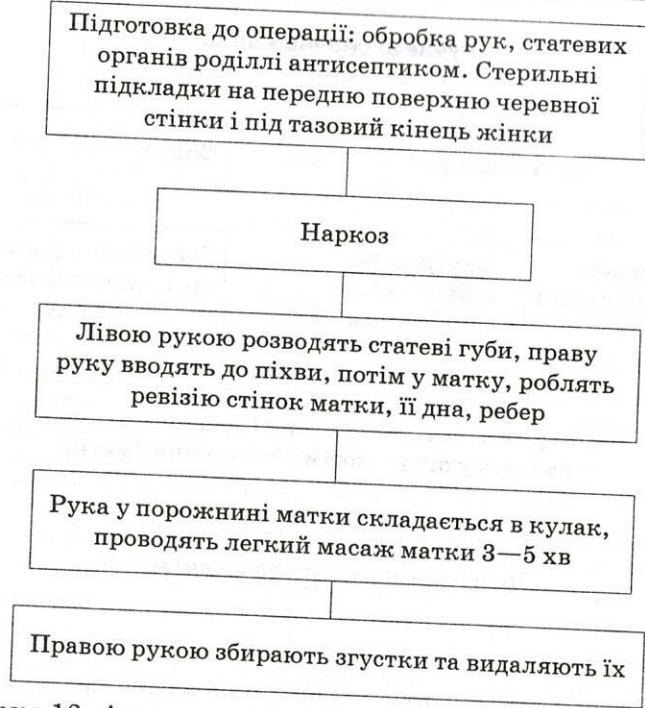
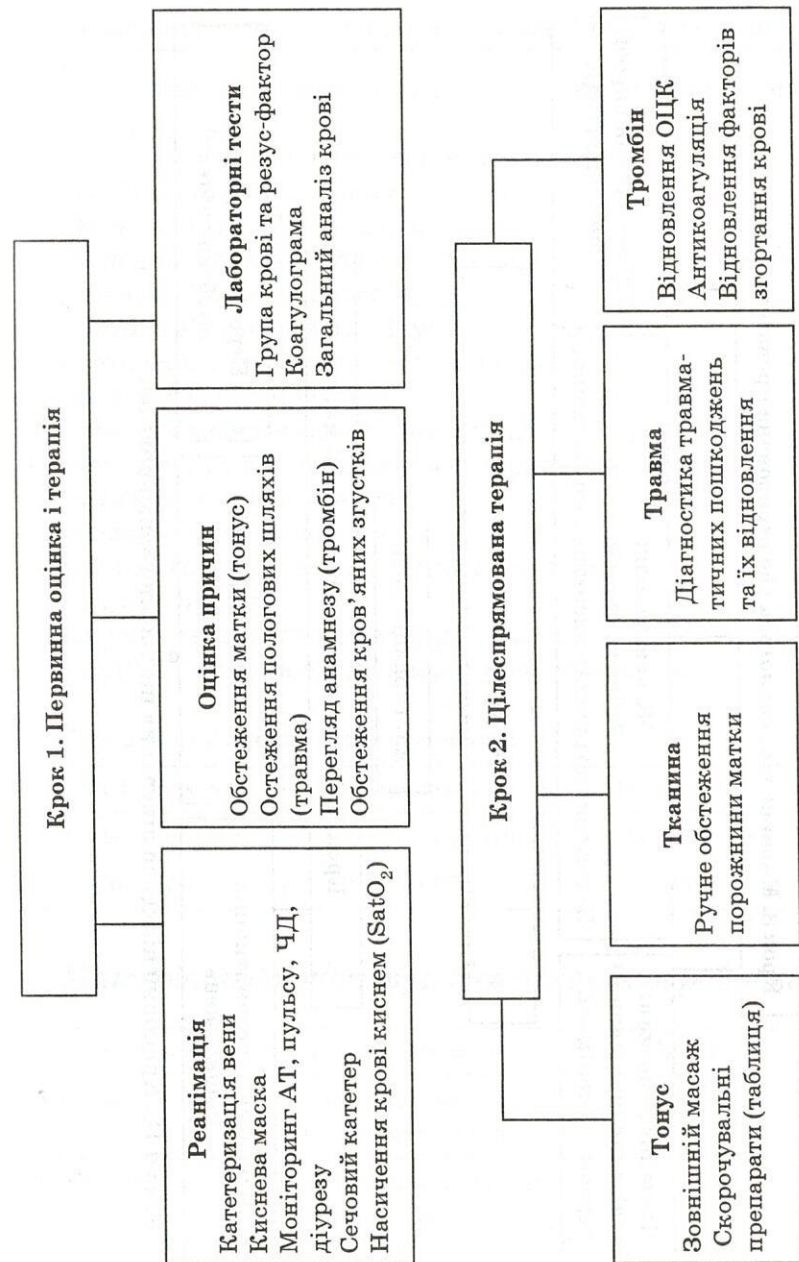


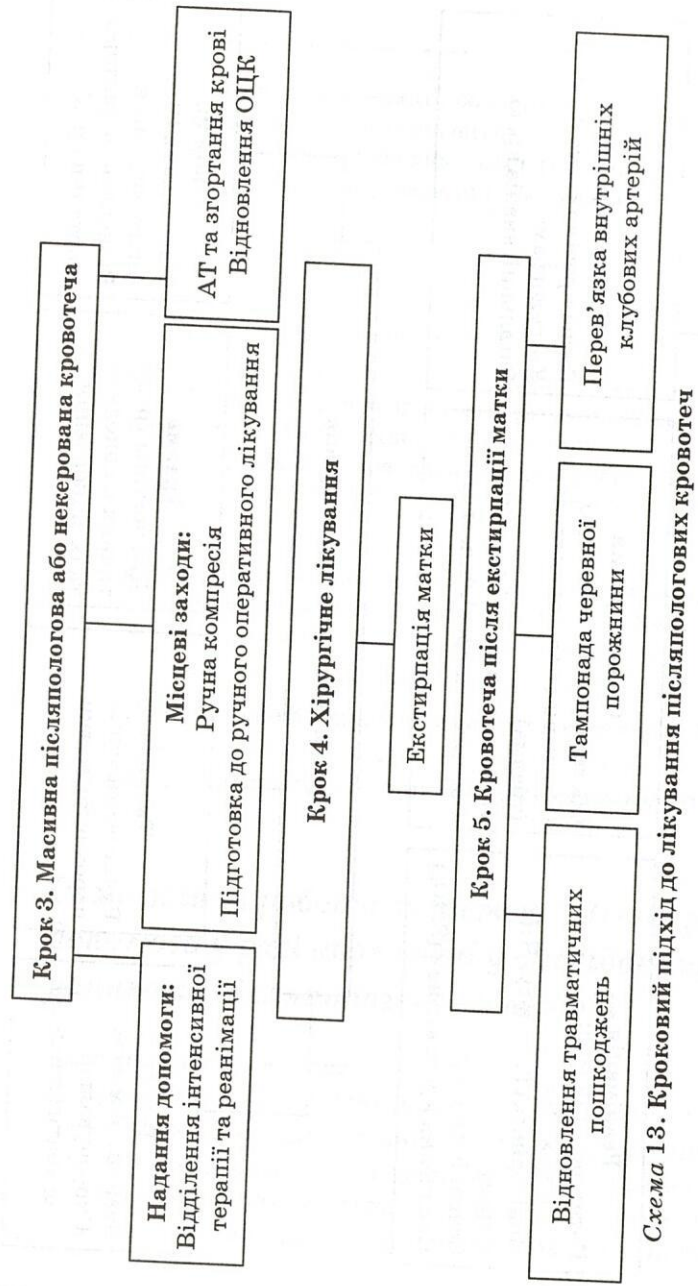
Схема 12. Алгоритм дій при ручному обстеженні порожнини матки

### Самостійна робота за темою “Невідкладна допомога у разі кровотечі у послідовому та ранньому післяпологовому періоді”

#### Актуальність теми:

- кровотечі у III періоді пологів та ранньому післяпологовому періоді є одним із найтяжчих видів акушерської патології, яка призводить до материнської смертності;
- частота цієї патології не зменшується, тому конче потрібно знати правильне ведення послідового та післяполо-





Невідкладна допомога у разі кровотечі у послідовому та ранньому..

гового періодів і проводити профілактику акушерських кровотеч.

**Мета:** формування професійних навичок

**Студент повинен знати:**

- ведення I, II, III періодів пологів;
- ведення післяпологового періоду;
- ознаки відділення посліду;
- методи відділення посліду;
- огляд посліду та пологових шляхів;
- класифікацію кровотеч;
- способи визначення крововтрати;
- техніку ручного відділення та виділення посліду.

**Студент повинен вміти:**

- визначити крововтрату;
- виділити послід зовнішніми способами;
- оглянути послід;
- вручну відділити та видалити послід;
- надати невідкладну допомогу у разі кровотечі.

Таблиця 3. Класифікація кровотечі

Фізіологічна	Погранична	Патологічна
0,5 % маси тіла 50—250 г	0,5—1 % маси тіла 250—400 г	> 1 % маси тіла > 400 г

### Матеріали доаудиторної самостійної роботи

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію жіночих статевих органів	—
Фізіологія	Фізіологію жіночих статевих органів	—

Дисципліна	Знати	Вміти
Фармакологія	Асептику, антисептику, утеротонічні засоби, кровозамінники	—
Основи догляду за хворими	Догляд за роділлею і породіллею	Зробити внутрішньовенні і внутрішньом'язові ін'єкції, заправити крапельницю для інфузійної терапії, виміряти АТ, пульс, зробити катетеризацію сечового міхура
Акушерство	Визначення крововтрати	—

### Орієнтувальна карта для самостійної роботи з літературою

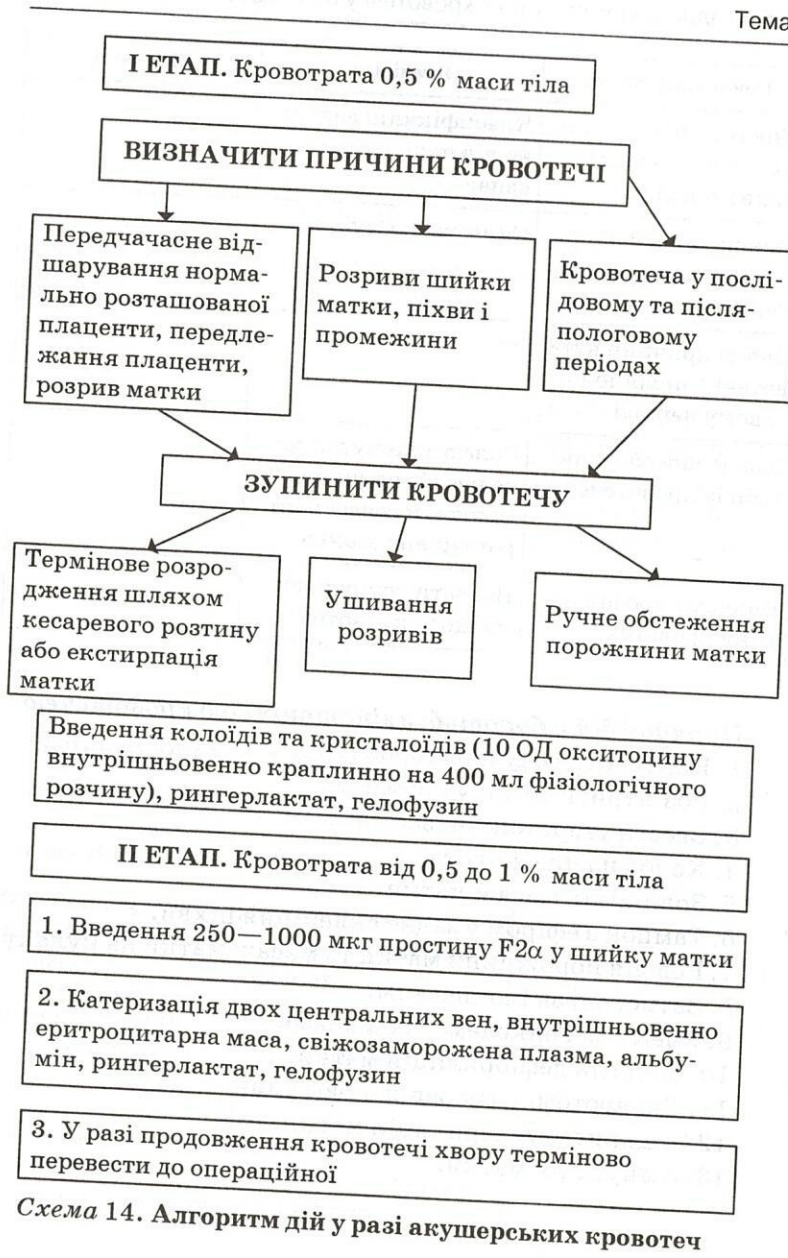
Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити перебіг та ведення III періоду пологів	Вказати послідовність дій на кожному етапі	
Вивчити ознаки відділення посліду	Скласти схему визначення ознак (візуально та пальпаторно)	
Вивчити способи відділення посліду	Скласти схему послідовності процесу	

Невідкладна допомога у разі кровотечі у послідовому та ранньому..

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Вивчити показання для ручного відділення посліду	Класифікація залежно від наявності ознак	
Вивчити перебіг післяпологового періоду	Скласти схему дій	
Знати причини кровотечі у післяпологовому періоді	—	
Знати способи боротьби із кровотечею	Скласти схему дій залежно від причини. Виписати рецепти утеротонічних засобів	
Вивчити профілактику кровотеч	Вказати групу ризику щодо кровотеч	

### Порядок дій у боротьбі з гіпотонічною кровотечею

1. Випустити сечу катетером.
2. Роз'ятрити соски у породіллі.
3. Ввести утеротонічні засоби.
4. Холод на низ живота.
5. Зовнішній масаж матки.
6. Тампон з ефіром у заднє склепіння піхви.
7. Ревізія порожнини матки та масаж матки на кулаку.
8. Затискачі за Бакшеевим.
9. Клеми за Генкелем—Тікенадзе.
10. Закрита дефібриляція матки.
11. Лапаротомія з перев'язкою судин.
12. Відкрита дефібриляція матки.
13. Ампутація матки.



## Рекомендована література

### Основна

Бодяжина В.И. Акушерство. — М., 1988.

Жаркій А.В., Гребеников Є.П. Акушерство та гінекологія. — К., 1997.

### Додаткова

Михайленко Е.Т. Патологическое акушерство. — М., 1980.

Серов В.Н., Стригланов А.Н. Практическое акушерство. — М., 1989.

Наказ МОЗ № 676 від 31.12.04 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”.

## Матеріали для самоконтролю

### Питання

1. Яка тактика ведення в III періоді пологів?
2. Причини кровотечі у III періоді пологів?
3. Класифікація кровотеч.
4. Тактика в разі відсутності кровотечі та явних ознак відділення посліду.
5. Дії фельдшера у разі кровотечі без ознак відділення посліду.
6. Показання для операції “Ручне відділення та виділення посліду”.
7. Причини кровотечі в ранньому післяпологовому періоді.
8. Послідовність дій у разі кровотечі в післяпологовому періоді.

**Ситуаційні завдання**

**Завдання № 1.** У роділлі масою тіла 50 кг у III періоді пологів почалася кровотеча.

Розрахуйте допустиму крововтрату.

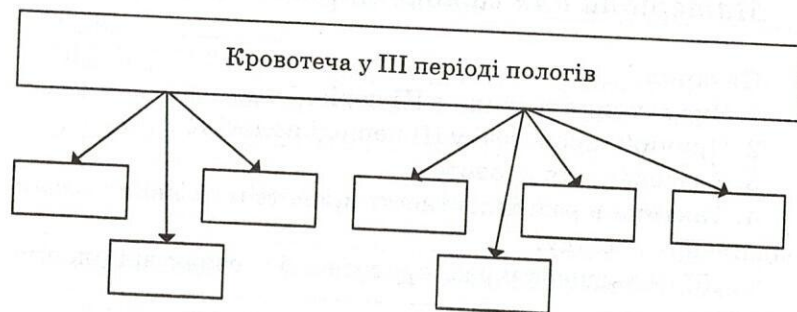
**Завдання № 2.** Після народження плода у роділлі через 10 хв з'явилися незначні кров'янисті виділення. Матка відхилилась у бік правого підребер'я, пуповина збільшилась на 6 см, при надавлюванні ребром руки над лоном пуповина збільшується.

Діагноз? Чи відділилася плацента? Тактика?

**Завдання № 3.** У III періоді пологів, через 15 хв після народження плода фельдшер потягнув за пуповину, після чого виникла кровотеча. При натисненні над лоном пуповина втягується.

Діагноз? Тактика? Помилки у веденні пологів?

**Завдання № 4.** Вписати причини кровотечі в III періоді пологів.

**Тести**

1. Назвати:

а) ознаки відділення посліду;

б) способи відділення посліду:

1) Пискачека; 2) Креде—Лазаревича; 3) Кюстнера—Чукалова; 4) Гентера; 5) Альфельда; 6) Шредера; 7) Довженка; 8) Абуладзе.

**Еталони відповідей****Завдання № 1**

Допустима крововтрата 250 мл (до 0,5 % маси тіла).

**Завдання № 2**

Діагноз: пологи, III період.

Плацента відділилась.

Тактика: роділлі пропонують тужитися.

**Завдання № 3**

Діагноз: пологи, III період.

Тактика: якщо крововтрата перевищила 350—400 мл, негайно почати виділення посліду з порожнини матки.

Помилки у веденні пологів: після народження плода забороняється передчасно втручатися в процес відокремлення плаценти, може статися значна кровотеча, небезпечна для жінки.

**Завдання № 4**

1. Неправильне виділення посліду.
2. Нетрадиційне прикріплення посліду.
3. Прирощення посліду.
4. Статевий інфантилізм.
5. Перерозтягнення нижнього сегмента матки.
6. Аномалії пологової діяльності.
7. Розриви м'яких тканин.

**Тести:**

а — 1, 3, 5, 6, 7;

б — 2, 4, 8.

## Матеріали для аудиторної самотійної роботи

### 1. Оволодіти практичними навичками:

- катетеризації сечового міхура;
- ревізії порожнини матки;
- зовнішнього масажу матки;
- масажу матки на кулаку;
- огляду посліду;
- огляду пологових шляхів.

### 2. Інструкція для оволодіння професійним умінням

Завдання	Вказівки	Примітки
Зовнішній масаж матки	Випустити сечу. Провести зовнішній масаж	—
Масаж матки на кулаку	В умовах асептики та антисептики застосувати один із методів обробки рук	Робота на фантомі

### 3. Міжпредметні зв'язки

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію жіночих статевих органів	—
Фізіологія	Фізіологію жіночих статевих органів	—
Фармакологія	Асептику, антисептику, утеротонічні засоби, кровозамінники	—

## Невідкладна допомога у разі кровотечі у послідовому та ранньому..

Дисципліна	Знати	Вміти
Основи догляду за хворими	Догляд за роділлею і породіллею	Робити в/в і в/м ін'єкції, заправити крапельницю для інфузійної терапії, виміряти АТ, пульс, зробити катетеризацію сечового міхура
Акушерство	Як визначити крововтрату	—

## Тема 4

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОГОВОМУ ТРАВМАТИЗМІ

### *Актуальність теми:*

- частота розривів промежини і стінок піхви коливається від 10,3 до 39 %;
- розриви шийки матки трапляються як у першо- (27,6 %), так і у повторнороділь (5,3 %);
- найтяжчі ушкодження статевого шляхів — розриви матки, частота яких становить 0,1—0,05 % усіх пологів.

*Мета:* формування професійних навичок.

### *Студент повинен знати:*

- етіологію, патогенез, класифікацію, клініку стадій розривів матки, профілактику розривів матки;
- етіологію, патогенез, класифікацію, діагностику, лікування розривів промежини, стінок піхви, вивороту матки, профілактику статевого травматизму;
- надання невідкладної допомоги при статевому травматизмі;
- транспортування вагітних, роділь і породіль із родовим травматизмом.

### *Студент повинен вміти:*

- діагностувати та надавати невідкладну допомогу у разі загрози розриву матки; розриву, що розпочався; розриву

матки, що стався, вивороті матки, розривах м'яких пологових шляхів в умовах ФАПУ;

- проводити профілактику пологового травматизму;
- транспортувати вагітних та породіль з пологовим травматизмом.

### *Самостійна робота:*

- приготування інструментів для огляду й ушивання розривів пологових шляхів;
- техніка накладання швів на муляжі;
- асистування при ушиванні розривів пологових шляхів;
- огляд пологових шляхів і розривів шийки матки, піхви, промежини на фантомі;
- надання невідкладної допомоги у разі загрози розриву матки;
- вправління вивороту матки на фантомі;
- розв'язання ситуаційних завдань за темою.

## *Матеріали для самопідготовки та самоконтролю*

Схеми 15—18, ситуаційні завдання.

## *Ситуаційні завдання*

### **Завдання № 1**

Роділля, 19 років, перебуває у пологовому залі. Вагітність перша, у строк, I, II період пологів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода 136 за 1 хв. Голівка “врізується”. Привертає увагу “висока” промежина. Під час потуг у центрі промежини шкіра бліда.

Діагноз? Тактика?

### **Завдання № 2**

Другі термінові пологи. Перші пологи були тяжкі, закінчилися народженням мертвого плода. Розміри таза 26—27—

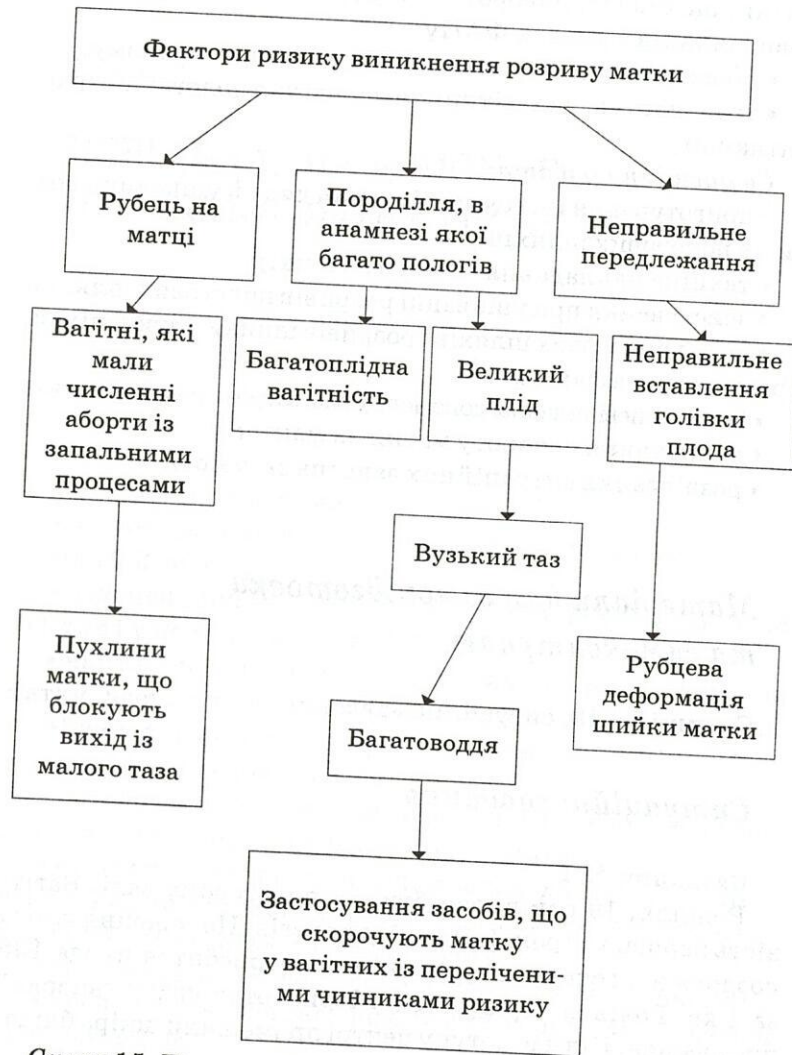


Схема 15. Пологовий травматизм



Схема 16. Розрив матки



Схема 17. Клінічні прояви розриву матки та їх лікування

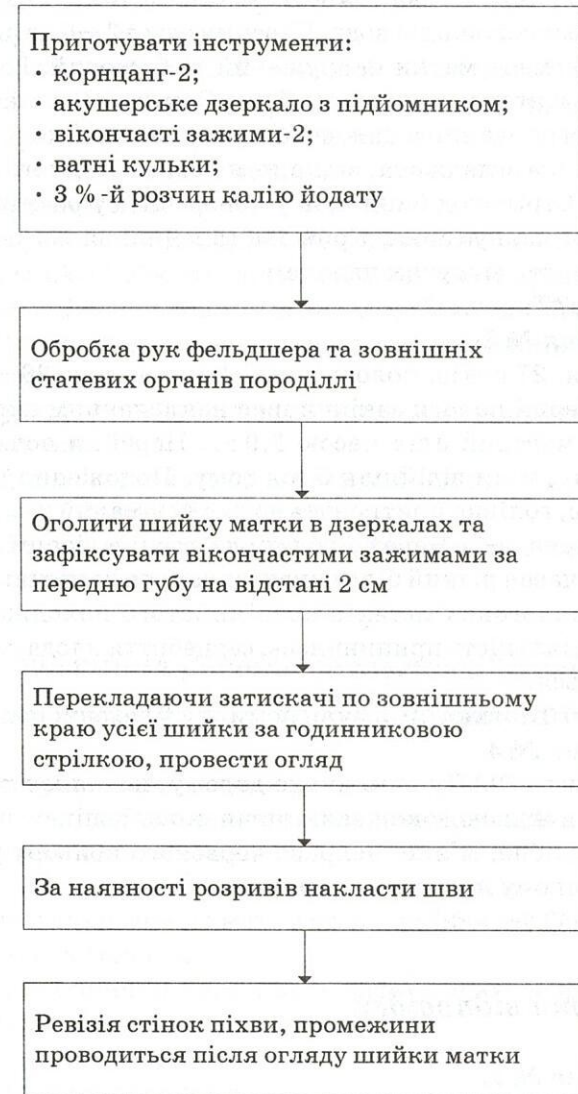


Схема 18. Алгоритм дій при ревізії шийки матки та промежини у породіллі

29—17. Пологова діяльність почалася 15 год тому, 4 год тому відійшли навколоплідні води. Перейми через 2—3 хв по 50 с. Нижній сегмент матки напружений та болючий. Голівка малим сегментом у вході в малий таз. Симптом Вастена “+”, серцебиття плода зліва нижче від пупка, 140 за 1 хв.

PV: шийка згладжена, відкриття повне. Плідного міхура немає. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, великапологова пухлина. Крижова западина вільна. Мису можна досягти зігнути пальцем.

Діагноз? Тактика?

### Завдання № 3

Роділля, 27 років, пологи другі. Розміри таза 26—28—30—16. Перші пологи закінчилися накладанням щипців, вилучено мертвий плід масою 2,9 кг. Перейми почалися 18 год тому, води відійшли 6 год тому. Положення плода поздовжнє, голівка притиснута до входу у малий таз. Симптом Вастена “+”. Через 2 год після госпіталізації у породіллі почався різкий біль внизу живота та незначні виділення ізпологових шляхів кров’янистого походження. Пологова діяльність припинилась, серцебиття плода не прослуховується.

Діагноз? Тактика? Які були помилки у веденні пологів?

### Завдання № 4

Фельдшера ФАПу викликано додому, почалися термінові пологи живою доношеною дівчинкою. Із піхви звисає пухлиноподібне, м’яке, яскраво-червоного кольору утворення, на якому міститься плацента.

Діагноз? Тактика?

## Еталони відповідей

### Завдання № 1.

Діагноз: вагітність 39—40 тиж, пологи перші, термінові, II період пологів, загроза розриву промежини.

Тактика: провести перинеотомію.

### Завдання № 2.

Діагноз: вагітність 39—40 тиж, ОАА, пологи другі, термінові. Кінець I періоду пологів. Вузкий таз, II ступінь звуження. Загроза розриву матки.

Тактика: кесарів розтин.

### Завдання № 3.

Діагноз: вагітність друга, 39—40 тиж. Пологи другі, термінові, ОАА. Слабкістьпологової діяльності. Вузкий таз, III ступінь звуження. Мимовільний розрив матки. Мертвий плід.

Тактика: термінова лапаротомія, ампутація чи екстирпація матки.

Помилки: треба було зробити кесарів розтин.

### Завдання № 4.

Діагноз: вагітність 39—40 тиж. Пологи п’яті, термінові, III період пологів. Виворіт матки.

Тактика: вправлення матки під наркозом, перед вправленням відділити плаценту.

## Самостійна робота за темою: “Невідкладна допомога припологовому травматизмі”

### Актуальність теми:

- під час пологів може статися травматизація м’яких тканинпологового каналу;
- травми трапляються в межах від 10,3 до 39 %;
- частота розривів матки становить 0,1—0,05 % загального числа пологів;
- серед причин материнської смертності розриви матки посідають одне з перших місць.

### Студент повинен знати:

- класифікацію розривів матки;
- причини розривів матки;

- клініку загрози розриву матки за Бандлем;
  - клініку загрози розриву матки за Вербовим;
  - клініку розриву матки, що тільки почався;
  - клініку розриву матки, що стався;
  - невідкладну допомогу у разі загрози розриву матки;
  - невідкладну допомогу у разі розриву матки, що стався;
  - профілактику розривів матки;
  - клініку, діагностику акушерських норниць, їх лікування та профілактику;
  - причини, клініку, діагностику, лікування та профілактику вивороту матки;
  - причини, клініку, діагностику, лікування, профілактику, розходження та розривів зчленувань таза.
- Студент повинен вміти:**
- провести тазометрію;
  - провести пальпацію плода чотирма прийомами Леопольда;
  - визначити передбачувану масу плода;
  - визначити індекс Соловйова;
  - оцінити симптом Вастена й розмір Цангеймейстера;
  - виміряти ОЖ і ВДМ;
  - надати невідкладну допомогу у разі загрози розриву матки;
  - надати невідкладну допомогу у разі вивороту матки;
  - надати невідкладну допомогу у разі розходження та розривів зчленувань таза;
  - написати реферат на тему: "Профілактика акушерського травматизму".

## Матеріал доаудиторної самостійної роботи студентів

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія	Анатомію жіночих статевих органів, кровопостачання, анатомічну будову таза	Провести тазометрію
Хірургія	Клініку та лікування різних видів шоку	Надати невідкладну допомогу
Фармакологія	Спазмолітичні, наркотичні, анальгезивні, плазмозамінні засоби	Виписати рецепт
Загальний догляд	Догляд за хворими	Провести внутрішньовенне, внутрішньом'язове, підшкірне введення лікувальних засобів

## Орієнтувальна карта для самостійної роботи з літературою

Основні завдання	Вказівки до навчальних дій
Вивчити класифікацію, причини розривів матки	Записати в щоденник причини розривів матки
Вивчити клініку розривів матки за Бандлем та Вербовим	Накреслити й заповнити порівняльну таблицю клінічних ознак загрози розриву матки за Бандлем і Вербовим

Основні завдання	Вказівки до навчальних дій
Вивчити невідкладну допомогу у разі загрози розриву матки	Записати в щоденник
Вивчити причину, клініку, діагностику, невідкладну допомогу при вивороті матки	Записати в щоденник невідкладну допомогу при вивороті матки
Вивчити профілактику акушерського травматизму	Написати реферат на тему "Профілактика акушерського травматизму"

### Вимоги до реферату

1. Правильно і гарно оформити титульний аркуш.
2. Реферат має складатися з плану, відповіді на його запитання, резюме і списку використаної літератури.
3. Обсяг реферату — не менше ніж п'ять сторінок рукописного або друкованого тексту.
4. Час на повідомлення — 2—3 хв.
5. План повинен мати не менш як три питання.
6. У списку використаної літератури слід навести прізвище, ім'я, по батькові автора, найменування літературного джерела, його номер (для журналів), місце видання, видавництво, рік і сторінки.
7. Сторінки реферату мають бути пронумеровані, мати береги 2 см зліва, вгорі, знизу і 1 см справа.

### Критерії оцінки реферату

- 5 — відповідає всім вимогам.
- 4 — немає резюме, не розкрито зміст одного з питань плану.
- 3 — не витримано структуру реферату, немає послідовності викладу, неправильно оформлено список літератури.
- 2 — не розкрито зміст усіх питань плану.

## Рекомендована література

### Основна

1. Жученко П.Г., Тарасюк В.И. Акушерство. — К.: Здоров'я, 1995. — С. 402—408.
2. Бодяжина В.И. Акушерство. — 1995. — С. 361—375.

### Додаткова

1. Айламазян Э.Д. Акушерство. — СПб.: Спецлитература, 2003. — С. 346—361.
2. Степановська Г.К., Венцковський Б.М. Невідкладне акушерство. — К.: Здоров'я, 1994. — С. 26—343.

## Тема 5

# НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРІ ШОКОВИХ СТАНАХ

### *Актуальність теми:*

- у структурі материнської смертності перші місця посідають кровотечі, тобто геморагічний шок;
- фельдшери повинні знати шоківі стани в акушерстві та невідкладну допомогу у разі їх.

*Мета:* формування професійних навичок.

### *Студент повинен знати:*

- етіологію, патогенез, клініку, профілактику геморагічного, анафілактичного, септичного шоку, емболії навколоплідними водами, ДВЗ-синдром;
- транспортування хворих у шоківих станах.

### *Студент повинен вміти:*

- надати невідкладну допомогу у разі виникнення геморагічного, анафілактичного, септичного шоку, емболії навколоплідними водами, ДВЗ-синдрому;
- надати невідкладну допомогу в момент клінічної смерті під час транспортування тяжкохворих;
- проводити інгаляцію закисно-кисневої суміші масковим способом, інтубацію трахеї, ШВЛ.

### *Самостійна робота:*

- підготовка необхідного набору медикаментів для надання невідкладної допомоги вагітним, роділлі, породіллі у

Невідкладна медична допомога при шоківих станах

разі емболії навколоплідними водами, ДВЗ-синдрому, геморагічного, анафілактичного шоку;

- відпрацювати на фантомі послідовність дій і надання невідкладної допомоги у разі шоківих станів, емболії навколоплідними водами, ДВЗ-синдрому;

- транспортування вагітних, роділлі і породіль у шоківих станах, у разі емболії навколоплідними водами, ДВЗ-синдрому;

- розв'язання ситуаційних завдань.

## *Матеріали для самопідготовки та самоконтролю*

Схеми 19—21, ситуаційні завдання, тести.

## *Основні принципи відновлення ОЦК*

Шоківий індекс Альговера розраховують за формулою

$$\text{Шоківий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТ}_{\text{сист}}},$$

де ЧСС — частота серцевих скорочень; АТ<sub>сист</sub> — систолічний артеріальний тиск.

У нормі індекс Альговера дорівнює 1. За величиною індексу можна визначити об'єм крововтрати.

## *Невідкладна допомога на догоспітальному етапі у разі геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому та септичного шоку*

1. Проведення комплексу заходів з усунення причини кровотечі.

2. Мобілізація двох вен, струминне введення плазмозамінників у вигляді розчинів з додаванням 1 мл/5 ОД окситоцину.

Таблиця 4. Інфузійно-трансфузійна терапія акушерської кровотрати

Об'єм кровотрати		Інфузійні середовища					Тромбоконцентрат
ОЦК, %	Частка маси тіла, %	Рингер-лактат, л	Гелофузин, л	Свіжозаморожена плазма, мл	Альбумін (10—20%), л	Еритроцитна маса, мл	
До 25 (до 1,25 л)	До 1,5	1—2	1—2	—	—	—	—
До 50 (до 2,5 л)	До 3,0	2	2—2,5	1×250	—	1×250	—
До 65 (до 3,25 л)	До 4,0	2	2—2,5	(1—3)×250	0,25—1	(1—3)×250	—
До 75 (до 3,75 л)	До 4,5	2	2—2,5	(3—5)(-)×250	0,25—1	(3—6)×250	—
> 75	> 4,5	2	2—2,5	5 × 250 і більше	0,5—1	6 × 250 і більше	У разі необхідності

Невідкладна медична допомога при шоквих станах

Таблиця 5. Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому

Стадія ДВЗ-синдрому	Клініко-лабораторні прояви
I — гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хвилині і швидше Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етанольний тест (ЕТ) (+) Гіперагрегація тромбоцитів АРАСНЕ II < 20 балів ГРДС I—II стадія
II — гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Кров із матки згортається уповільнено, довше ніж за 10 хв Петехіальний тип кровоточивості Хронометрична гіперкоагуляція, згусток крихкий АРАСНЕ II 20—25 балів ГРДС I—IV стадія
III — гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Кров із матки не згортається Кров із вени згортається досить повільно, згусток швидко лізується Змішаний тип кровоточивості Хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II 25—30 балів ГРДС I—IV стадія
IV — повне незгортання крові	Тотальна геморагія Кров із матки та вени не згортається Відсутність потенціальної гіперкоагуляції Виражена хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II > 30 балів ГРДС III—IV стадія

3. З метою стабілізації кровообігу в/в струминне введення глюкокортикоїдів:

- а) преднізолон, не менше ніж 100 мг;
- б) або гідрокортизон, не менше ніж 250 мг;
- в) або дексазон 4 мг.

4. Негайно транспортувати хвору в найближчий акушерський стаціонар.

5. Перед транспортуванням сповістити акушерський стаціонар.

6. Після прибуття до стаціонару хвору слід передати безпосередньо черговому лікарю.

### *Невідкладна допомога у разі емболії навколоплідними водами*

1. Мобілізувати дві вени, почати струминне введення плазмозамінників.

2. У разі зниження тиску для стабілізації кровообігу треба внутрішньовенно струминно ввести глюкокортикоїди.

3. Негайно транспортувати хвору в акушерський стаціонар.

4. Перед транспортуванням сповістити акушерський стаціонар.

5. Після прибуття до стаціонару хвору слід передати безпосередньо черговому лікарю.

### *Невідкладна допомога у разі анафілактичного шоку*

1. Негайно припинити подальше надходження алергену в організм. Вище від місця ін'єкції накласти джгут.

2. Місця введення алергену обколоти 0,5 мл 0,1% -го розчину адреналіну й прикласти лід для запобігання всмоктування алергену.



Схема 19. Емболія амніотичною рідиною

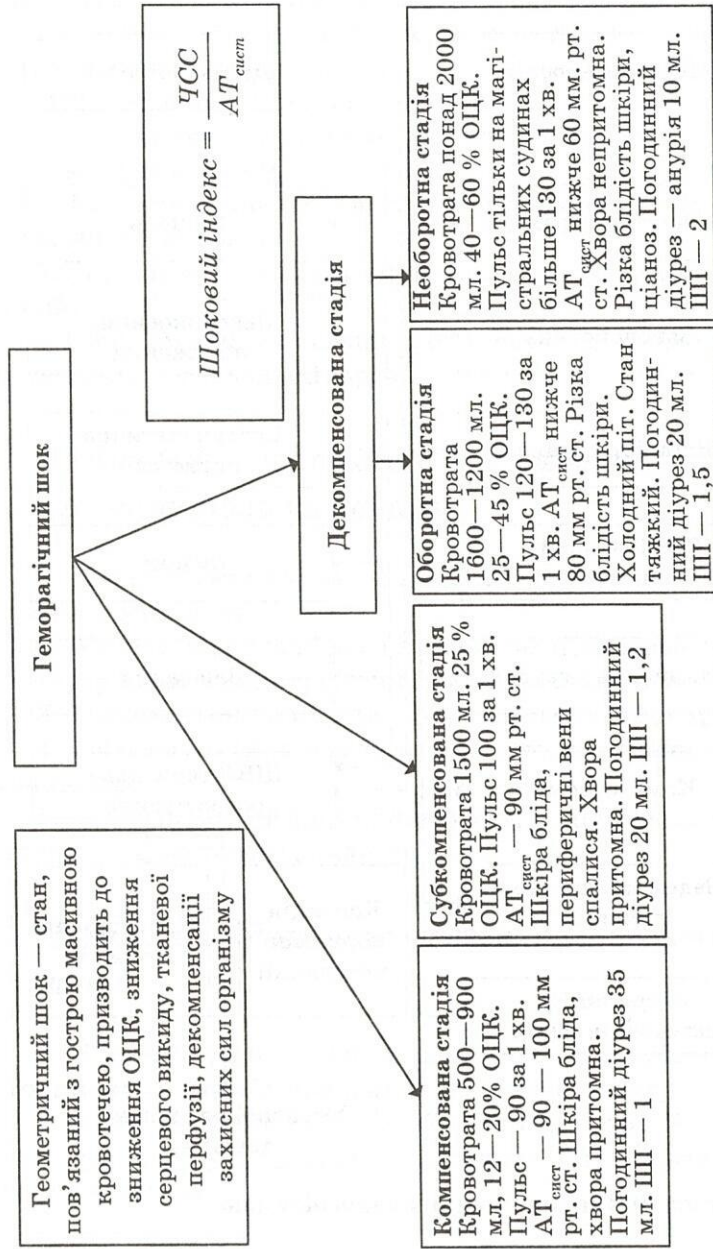


Схема 20. Геометричний шок

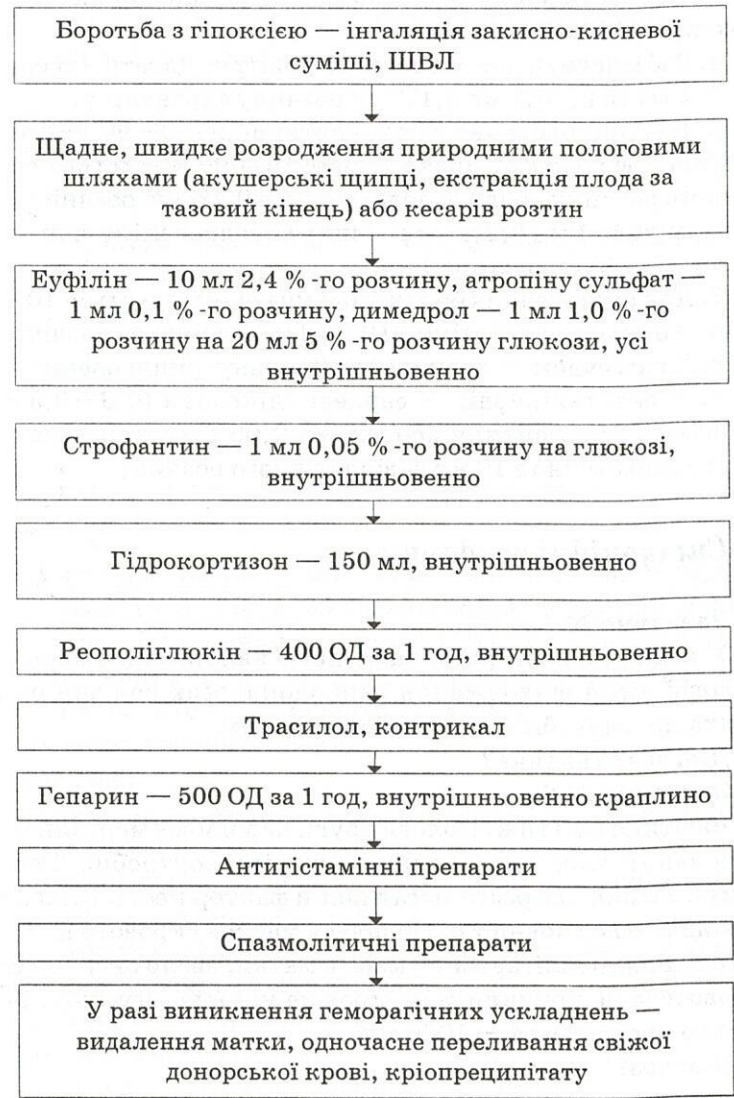


Схема 21. Невідкладна допомога та лікування у разі еMBOLІї навколоплідними водами

3. Покласти хвору так, щоб запобігти западанню язика аспірації блювотних мас.
4. Забезпечити доступ свіжого повітря. Давати кисень.
5. Увести ще 0,5 мл 0,1% -го розчину адреналіну.
6. Внутрішньовенно глюкокортикоїди (30—90 мг преднізолону або 125 мг гідрокортизону) в 300—400 мл фізіологічного розчину, сюди ж додають 1 мл 0,1% -го розчину адреналіну або 1 мл 0,2% -го розчину норадреналіну зі швидкістю 40—50 крапель за 1 хв.
7. Для купірування бронхоспазму рекомендується 10 мл 2,4% -го розчину еуфіліну з 10 мл фізіологічного розчину.
8. У разі судом — дроперидол 2 мл внутрішньовенно.
9. У разі тахікардії — серцеві глікозиди (0,3—0,5 мл 0,05% -го строфантину або 0,5 мл 0,06% -го корглікону) внутрішньовенно з 10 мл фізіологічного розчину.

### Ситуаційні завдання

#### Завдання № 1

У роділлі з повторною вагітністю наприкінці I періоду пологів після відходження навколоплідних вод виникли адуха, кашель, біль за грудниною, страх.

Діагноз? Тактика?

#### Завдання № 2

Вагітність 40 тиж. Пологи другі, народився мертвий мацерований хлопчик (загинув внутрішньоутробно 2 тиж тому). Жінка має резус-негативний фактор крові. Плацента відділилася повністю. Почалася маткова кровотеча. Пологові шляхи цілі, зробили масаж матки, ввели окситоцин. Кровотеча не припинилася, кров не утворює згустків. Загальна крововтрата — 1000 мл.

Діагноз? Тактика?

#### Завдання № 3

У вагітної, 29 років, другі пологи в строк. Через 10 хв після народження плода почалася кровотеча струменем —

роділля втратила майже 600 мл крові. Пульс 100 на 1 хв, АТ — 90/50 мм рт. ст. Ознак відділення посліду немає.

Діагноз? Тактика?

#### Конструктивний тест

У повторно вагітної під час пологів виникла емболія навколоплідними водами.

Назвати симптоми емболії навколоплідними водами	Невідкладна допомога при емболії навколоплідними водами
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

#### Тести

1. Фельдшера викликано до роділлі, у якої підвищилася температура тіла до 39 °С, виник біль у грудній залозі. Фельдшер без перевірки на чутливість увів в/м пеніцилін, у жінки виник шум у вухах, холодний піт, шкірний свербіж, ціаноз. Що треба зробити передусім:

а) непрямий масаж серця;

б) ШВЛ;

в) внутрішньовенно еуфілін — 10 мл 2,4 % -го розчину;

г) гемодез;

д) місце введення обколоти 0,5 мл 0,1 % -го розчину адреналіну, лід на місце ін'єкції?

2. Породіллі у ранньому післяпологовому періоді з геморагічним шоком передусім треба:

а) ввести знеболювальні засоби;

б) ввести преднізолон;

в) наладити інфузію розчинів у дві вени;

г) ввести кальцію хлорид;

д) ввести кордіамін.

3. Через 5 хв після народження плода у роділлі почалася кровотеча. Крововтрата — 450 мл, ознак відділення плаценти немає. Вкажіть методи невідкладної допомоги:

- ввести утеротонічні засоби;
- ввести спазмолітичні засоби;
- провести зовнішній масаж матки;
- виділити послід зовнішніми прийомами;
- провести ручне відділення та виведення плаценти.

### Еталони відповідей

#### Завдання № 1

Діагноз: вагітність 40 тиж. Пологи термінові, I період. Емболія навколоплідними водами.

Тактика. 1. Лікування емболії: промедол — 1 мл 2% -го розчину, димедрол — 2 мл 1% -го розчину, діазепам — 2 мл, кисень, ШВЛ, еуфілін — 10 мл 2,4% -го розчину, но-шпа — 2 мл 2% -го розчину, реополіглюкін, кортикостероїди, серцеві засоби.

2. Накладання акушерських щипців.

#### Завдання № 2

Діагноз: вагітність 40 тиж. Пологи другі, термінові. Мервтий плід. Ранній післяпологовий період. ДВЗ-синдром

Тактика: у першій стадії — гепарин, кріопреципітат, желатиноль, альбумін, кристалоїдні розчини, контрикал, трасилол, гордокс.

#### Завдання № 3

Діагноз: вагітність 40 тиж. Пологи другі, термінові, III період. Часткове прирощення плаценти. Гіпотонічна кровотеча. Геморагічний шок, компенсована стадія.

Тактика. 1. Зупинка кровотечі: ручне відділення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, масаж на кулаку, утеротонічні засоби.

2. Відновлення ОЦК: поліглюкін, кристалоїди, плазма крові, глюкокортикоїди.

### Конструктивний тест

Симптоми емболії навколоплідними водами: ядуха, кашель, біль за грудниною, страх, кровотеча, ДВЗ-синдром, набряк легень.

Невідкладна допомога:

- Інфузійно-трансфузійна терапія.
- Реанімаційні заходи.
- Щадне розродження.

Тести:

- д;
- в;
- д.

## Тема 6

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНІЙ ГІПОКСІЇ ПЛОДА ТА АСФІКСІЇ НЕМОВЛЯТИ

### Актуальність теми:

- гіпоксія плода та асфіксія немовляти відповідно до публікації ВООЗ посідають 4-те місце у структурі перинатальної смертності;
- частота гіпоксії плода становить 4—6 %;
- асфіксії немовляти в 75—80 % випадків передують гіпоксія плода;
- частота асфіксії немовляти становить 4 %.

**Мета:** розвинути почуття відповідальності за своєчасність і правильність професійних дій фельдшера.

### Студент повинен знати:

- класифікацію гіпоксій плода;
- причини виникнення гіпоксії плода;
- принципи лікування та профілактики гіпоксії плода;
- реанімацію немовляти.

### Студент повинен вміти:

- проводити лікування і профілактику гіпоксії плода;
- проводити реанімацію немовляти: ШВЛ, дихання “рот у рот”, масаж серця.

Невідкладна допомога при внутрішньоутробній гіпоксії плода...

### Самостійна робота:

- підготовка медикаментів, необхідних для лікування та профілактики гіпоксії плода;
- підготувати устаткування (апарат ВІТА, набір для інтубації легень), медикаменти для здійснення реанімації немовляти;
- розв’язання ситуаційних завдань;
- тестовий контроль.

### Матеріали для самопідготовки та самоконтролю

Схема 22, таблиця 6, ситуаційні завдання, тести.

### Реанімаційні заходи у разі асфіксії новонародженого

Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар

4—6 балів	1—3 бали
Шкіра синюшна, дихання поверхневе, нечасте, ритм уповільнений, рефлекси знижені, м’язовий тонус збережений	Шкіра бліда, дихання відсутнє, ритм серця значно уповільнений, рефлекси і тонус м’язів різко знижені або відсутні

### Реанімаційні заходи

1. Відсмоктати слиз із дихальних шляхів після народження голівки дитини. Після народження дитини відсмоктування слизу повторюють.
2. Оксигенотерапія.
3. Штучна вентиляція легень (методом “рот у рот”) за допомогою маски або інтубаційної трубки.
4. Непрямий масаж серця здійснюють одночасно зі штучною вентиляцією легень (двома пальцями на видиху натис-

кають на груднину на 1—2 см у напрямку до хребта; за один видих треба зробити 2—3 натискання).

5. Медикаментозна реанімація немовляти: рефлекторне збудження дихального центру, відновлення гемодинаміки, корекція метаболічних порушень.

### Три закони реанімації

Послідовність надання реанімаційної допомоги новонародженому визначається відомою інструкцією, яка називається “Три закони реанімації”.

1. Звільніть дихальні шляхи.
2. Відновіть дихання.
3. Підтримуйте кровообіг.

На “Трьох законах реанімації” будуються описані нижче компоненти реанімації новонароджених.

1. Звільніть дихальні шляхи.
  - Надайте дитині правильне положення.
  - Зробіть відсмоктування вмісту з рота, носа і в деяких випадках — із трахеї.
  - За необхідності проведіть інтубацію трахеї для перевірки прохідності дихальних шляхів.
2. Відновіть дихання.
  - Щоб дитина почала дихати, використовуйте тактильну стимуляцію.
  - За необхідності проведіть ШВЛ, застосовуючи дихальний мішок чи маску або трубку.
3. Підтримуйте кровообіг.
  - Забезпечте і підтримуйте кровообіг за допомогою непрямого масажу серця; лікарської терапії.

### Алгоритм дій практичної навички “Техніка проведення зовнішнього масажу серця”

1. Положення дитини: дитину кладуть на спину на тверду поверхню.
2. Положення рук працівника, який проводить зовнішній масаж серця немовляти: витягнуті вказівний і середній пальці правої руки знаходяться в ділянці середньої третини груднини на рівні сосків.
3. Техніка проведення непрямого масажу серця немовляти: серце здавлюють пальцями у фазу видиху 3—5 разів з таким розрахунком, щоб за хвилину зробити 100—120 стискань.

### Ситуаційні завдання

#### Завдання № 1

Першороділля, вагітність доношена. Розміри таза: 25—28—30—20, пологи тривають 20 год, води відійшли 3 год тому, положення плода поздовжнє, голівка в порожнині таза. Серцебиття плода чітке, 160 за 1 хв.

Діагноз? Тактика?

#### Завдання № 2

Першороділля, 20 років, пологи термінові в тазовому передлежанні, тривають 26 год, серцебиття плода 90 за 1 хв. Піхвове дослідження: розкриття маткового зів'язу повне, сідниці плода заповнюють порожнину малого таза, міжвертельна лінія передлежних сідниць плода в прямому розмірі площини виходу з малого таза.

Діагноз? Тактика?

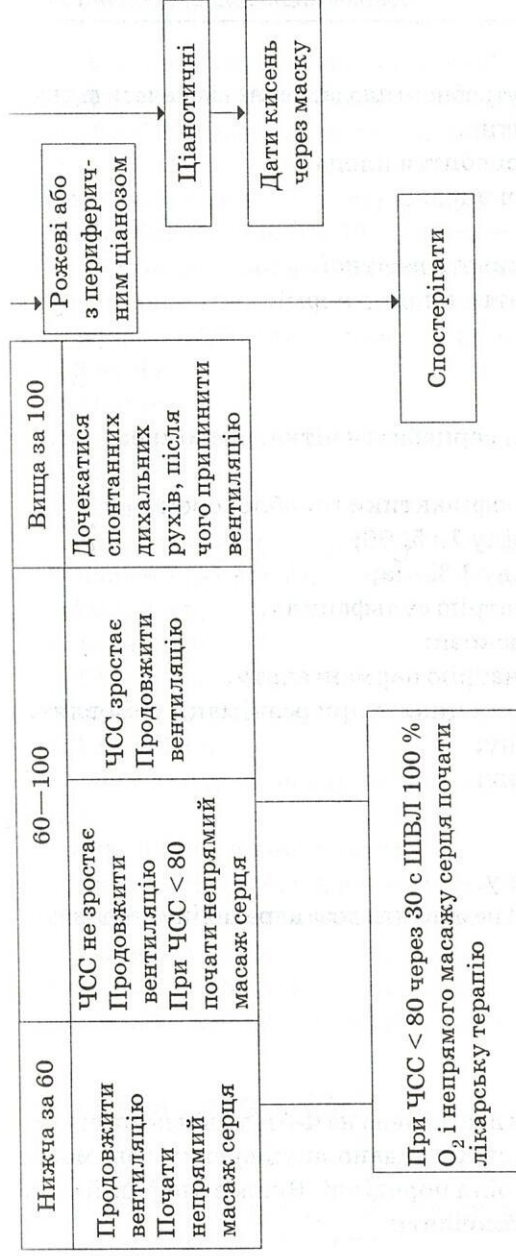
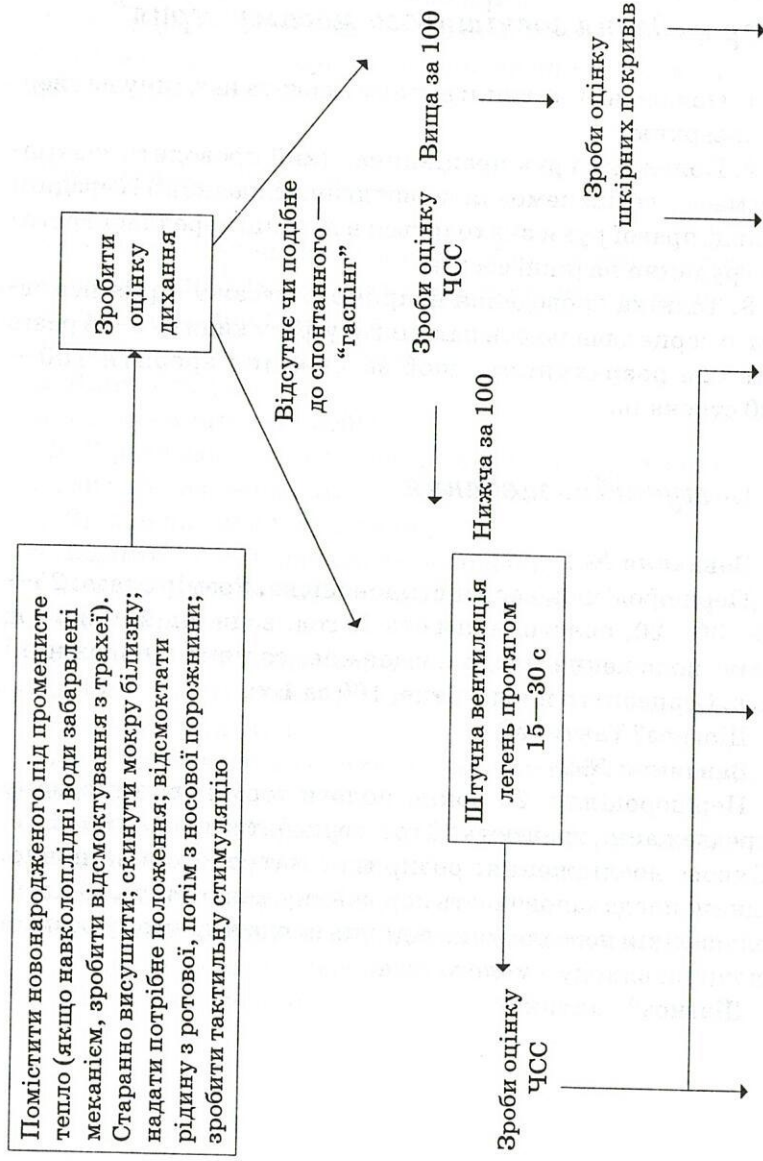


Схема 22. Реанімація в пологовому залі

**Тести**

1. Стан внутрішньоутробного плода можна визначати під час:
  - а) опитування вагітної;
  - б) аускультатії серцебиття плода;
  - в) пальпації частин плода;
  - г) тазометрії;
  - д) виміру обводу живота вагітної.
2. Частота серцебиття плода в нормі:
  - а) 180 за 1 хв;
  - б) 100 за 1 хв;
  - в) 140 за 1 хв;
  - г) 120—140 за 1 хв, серцебиття чітке, ритмічне;
  - д) 90 за 1 хв.
3. Препарат для профілактики гонобленореї:
  - а) розчин фурациліну 1 : 5000;
  - б) мазь тетрацикліну 1 % -на;
  - в) 30 % -й розчин натрію сульфацилу;
  - г) 2 % -й розчин глюкози;
  - д) 0,5 % -й розчин натрію перманганату.
4. Частота дихальних циклів при реанімації немовлят:
  - а) 12—14 за хвилину;
  - б) 15—20 за хвилину;
  - в) 10 за хвилину;
  - г) 50 за хвилину;
  - д) 25—30 за хвилину.
5. Під час реанімації немовляти доза адреналіну становить:
  - а) 0,2—0,3 мл;
  - б) 0,1 мл/кг;
  - в) 0,5 мл;
  - г) 0,6 мл;
  - д) 0,8 мл.
6. Повторнороділля доставлена на ФАП у зв'язку зі стрімкими пологамі. Пацієнтці надано акушерську допомогу. Немовля знаходиться біля porodілля. Вкажіть перший етап первинного туалету немовляти:

- а) відокремити немовля від матері;
  - б) провести профілактику гонобленореї;
  - в) обробити шкірні складки стерильною вазеліною олією;
  - г) відсмоктати вміст із верхніх дихальних шляхів;
  - д) обробити пуповину 96% -м спиртом.
7. Немовля голосно кричить, серцебиття 120 за 1 хв, колір покривів шкіри рожевий, при введенні катетера — голосний лемент. Яка оцінка плода за шкалою Апгар:
    - а) 6 балів;
    - б) 8 балів;
    - в) 9 балів;
    - г) 7 балів;
    - д) 12 балів.
  8. Закритий масаж серця немовляти можна припинити, коли частота самостійного серцебиття стає не менше ніж:
    - а) 20 за 1 хв;
    - б) 40 за 1 хв;
    - в) 60 за 1 хв;
    - г) 80 за 1 хв;
    - д) 120 за 1 хв.
  9. Абсолютні показання для екстреного проведення ШВЛ:
    - а) акроціаноз у немовляти;
    - б) частота серцебиття немовляти 100 за 1 хв;
    - в) оцінка за шкалою Апгар 2 бали;
    - г) оцінка за шкалою Апгар 8 балів;
    - д) оцінка за шкалою Апгар у перші хвилини життя 4—6 балів, через 5 хв — 8—10 балів.

**Еталони відповідей**

**Завдання № 1**

Діагноз: вагітність перша, 40 тиж, зтяжні пологи, внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Таблиця 6. Медикаменти для реанімації немовлят

Препарат	Концентрація розчину, що вводиться	Кількість розчину в шприці	Доза/шлях	Швидкість запобіжного заходу
Адреналін	1 : 10 000	1 мл	0,1—0,3 мл/кг внутрішньовенно чи ендотрахеально	Вводити струминно, можна розчиняти 1 : 1
Поповнювачі ОЦК	Кров, 5 %-й альбумін, ізотонічний розчин натрію хлориду, рингер-лактат	40 мл	10 мл/кг, внутрішньовенно	Вводити 5—10 хв шприцом чи за допомогою системи внутрішньовенного введення
Натрію бікарбонат	0,5 мекв/мл (4,2 %-й розчин)	20 мл чи 2 шприці по 20 мл	2 мг/кг, внутрішньовенно	Вводити повільно протягом не менше ніж 2 хв. Вводити тільки за умови ефективної вентиляції легень
Налоксом	0,4 мг/мл	1 мл	0,1 мг/кг (0,25 мл/кг) внутрішньовенно або ендотрахеально, внутрішньорішнього язого, підшкірно	Вводити струминно, переважно внутрішньовенно

## Основні види акушерської патології

Тактика: провести лікування гіпоксії плода, накласти вакуум-екстрактор.

**Завдання № 2**

Діагноз: вагітність перша, 40 тиж, тазове передлежання, внутрішньоутробна гіпоксія плода.

Тактика: провести лікування гіпоксії плода, витягти плід за тазовий кінець.

**Тести**

1 — б; 2 — г; 3 — б; 4 — д; 5 — б; 6 — г; 7 — в; 8 — д; 9 — в.

## Рекомендована література

1. *Степанковська Г.К., Венцовський Б.М.* Невідкладне акушерство. — К.: Здоров'я, 1994. — 379 с.
2. *Журченко П.Г., Тарасюк В.И.* Акушерство. — К.: Здоров'я, 1995. — 478 с.
3. *Айламазян Э.К.* Акушерство. — СПб.: Спецлитература, 2003. — 520 с.
4. *Степанковська Г.К.* Довідник з акушерства та гінекології. — К.: Здоров'я, 1997. — 515 с.
5. *Айламазян Э.К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. — СПб.: НГМА, 1995. — 281 с.
6. *Нагнибеда А.Н., Павлова Л.П.* Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе. — СПб.: Спецлитература, 1998. — 74 с.
7. *Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирюшенков А.П.* Акушерство. — Курск, 1995. — 495 с.
8. *Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004* “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”.
9. *Наказ МОЗ України № 782 від 29.12.2005* “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”.
10. *Наказ МОЗ України № 582 від 15.12.2003* “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги”.
11. *Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005* “Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною”.

## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	3
ОСНОВНІ ВИДИ АКУШЕРСЬКОЇ ПАТОЛОГІЇ .....	5
Пізнi гестози .....	5
Кровотеча під час вагітності .....	9
Кровотеча в послідовий та ранній післяпологовий періоди .....	10
Пологовий травматизм .....	12
Гіпоксія та асфіксія новонародженого .....	15
Тема 1. ПІЗНІ ГЕСТОЗИ, НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА	18
Тема 2. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА У РАЗІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ .....	34
Тема 3. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА У РАЗІ КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ТА РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОВОМУ ПЕРІОДАХ .....	46
Тема 4. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ПОЛОВОМУ ТРАВМАТИЗМІ .....	66

Тема 5. НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ШОКОВИХ СТАНАХ .....	78
Тема 6. НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ВНУТРІШ- НЬОУТРОБНІЙ ГІПОКСІЇ ПЛОДА ТА АСФІКСІЇ НЕМОВЛЯТИ .....	78
Рекомендована література .....	98

**Назарова І.Б.**

Н19 Невідкладні стани в акушерстві: Навч. посібник. —  
К.: Медицина, 2006. — 102 с.  
ISBN 966-8144-36-8

Проблема надання невідкладної допомоги в акушерстві на сьогодні є однією з найважливіших, оскільки значно почастишали випадки екстрагенітальної патології, патологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

У навчальному посібнику подано детальну інформацію з невідкладних станів в акушерстві. Висвітлено теми невідкладної допомоги при пізніх гестозах, кровотечах під час вагітності, пологів, у післяпологовий період, акушерський травматизм, шокові стани.

Навчальний посібник розрахований на студентів медичних коледжів і училищ I—III рівнів акредитації.

ББК 57.16я722  
УДК 614.253.5