

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Будуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ
ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс 6

Навчальна дисципліна: «акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №33. Тема: «Аномалії кісткового таза. Проблема макросомії в сучасному акушерстві. Невідповідність голівки плода та таза матері. Неправильні положення та тазові передлежання плода. Аномалії пологової діяльності матки. Пологовий травматизм матері та плода».

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від « 28» серпня 2023 року

Завідувач кафедри



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

К.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології

Антоненко І.В.



Практичне заняття №33.

Тема: «Аномалії кісткового таза. Проблема макросомії в сучасному акушерстві. Невідповідність голівки плода та таза матері. Неправильні положення та тазові передлежання плода. Аномалії пологової діяльності матки. Пологовий травматизм матері та плода».

Мета: удосконалити знання щодо тазових передлежань, діагностики вузьких тазів. Вміти визначити макросомію плода. Знати особливості ведення вагітності і пологів при тазовому передлежанні плоду, неправильних положеннях плоду, вузькому тазі, макросомії. Знати класифікацію, етіологію, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності. Визначати пологовий травматизм матері та плода, класифікацію пологового травматизму матері та плода. Вивчити сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці.

Основні поняття: Аномалії кісткового таза. Ведення пологів при вузькому тазі. Особливості перебігу вагітності при крупному плоді. Тактика ведення пологів при крупному плоді, клінічно вузькому тазі.

Вагітність і пологи при тазовому передлежанні плода. Неправильні положення плода. Методи діагностики і корекція неправильного положення плода. Особливості акушерської тактики під час вагітності і пологів залежно від різновидності передлежання та положення плода.

Класифікація, етіологія, патогенез різних видів аномалій пологової

діяльності. Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності.

Пологовий травматизм матері та плода, класифікація. Сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода. Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці. Профілактика акушерського травматизму.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно - логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, історії хвороби, ситуаційні завдання.

Навчальний час: 4 год.

I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

Однією з найважливіших проблем медицини є зниження перинатального та материнського травматизмів та смертності, які при тазових передлежаннях, вузьких тазах та макросомії значно перевищують аналогічні показники у популяції, тому раціональне ведення вагітності і пологів при цій патології, своєчасне прогнозування, яке базується на глибоких знаннях, можуть сприяти поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

Не менш актуальною є проблема аномалій пологової діяльності, які приводять до ряду ускладнень в пологах: передчасне відшарування плаценти, неправильні вставлення головки плода, інтранатальний дистрес плода, порушення відділення плаценти і виділення посліду, гіпотонічні кровотечі в післяродовому періоді, пологовий травматизм матері і плода, гнійно-септичні ускладнення. Цим обумовлено вплив цієї патології на показники перинатальної захворюваності і смертності.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо)

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- володіти навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- визначати перелік необхідних клініко-лабораторних, інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- встановлювати попередній діагноз, здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;
- виконувати медичні маніпуляції;
- знати періоди фізіологічних пологів; методи обстеження породіллі в пологах; оцінку стану плода в пологах; етапи післяпологового періоду та особливості

його ведення;

Перелік дидактичних одиниць:

- Аномалії кісткового таза.
- Ведення пологів при вузькому тазі.
- Особливості перебігу вагітності при крупному плоді. Тактика ведення пологів при крупному плоді, клінічно вузькому тазі.
- Вагітність і пологи при тазовому передлежанні плода.
- Неправильні положення плода. Методи діагностики і корекція неправильного положення плода.
- Особливості акушерської тактики під час вагітності і пологів залежно від різновидності передлежання та положення плода.
- Класифікація, етіологія, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності.
- Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності.
- Пологовий травматизм матері та плода, класифікація. Сучасні підходи до діагностики та лікування пологових травм матері та плода.
- Особливості ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці. Профілактика акушерського травматизму.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття

Питання:

1. Класифікація анатомічно вузького таза.
2. Методи діагностики анатомічно вузького таза.
3. Критерії діагностики клінічно вузького тазу
4. Ведення пологів при вузькому тазі.
5. Макросомія плода. Тактика ведення пологів при крупному плоді.
6. аномалій пологової діяльності.
7. Ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні плоду.
8. Неправильні положення плода. Методи діагностики.
9. Корекція неправильного положення плода.
10. Етіопатогенез, класифікація аномалій пологової діяльності.
11. Методи діагностики аномалій пологової діяльності.
12. Лікувальна тактика аномалій пологової діяльності.
13. Класифікація пологового травматизму матері та плода.
14. Діагностика та лікування пологових травм матері та плода.

Типові ситуаційні задачі:

1. Породілля поступила в пологовий будинок через 9 годин від початку регулярної пологової діяльності. Перейми по 20-25 секунд, через 6-7 хвилин, задовільної сили. Дані внутрішнього акушерського дослідження: піхва вузька, шийка матки центрована, завдовжки 1,5 см, м'яка, цервікальний канал прохідний для 2,0 см за внутрішній зів. Плодовий міхур цілий. Мис не досяжний. Екзостозів в малому тазу немає.

Питання: Яка аномалія пологової діяльності ускладнила перебіг пологів? Тактика ведення пологів.

Еталон відповіді: Первинна слабкість пологової діяльності. Амніотомія, в/в крапельним введенням окситоцину.

2. Після народження плоду у першородячої спостерігаються помірні кров'яні виділення з піхви за відсутності ознак відділення плаценти. Через 5 хв плацента самостійно відділилася зі всіма часточками і оболонками. Крововтрата 100 мл. Матка добре скоротилася, але кров'яні виділення з невеликими згустками крові продовжуються. Вкажіть можливу причину кровотечі.

Еталон відповіді: Розрив шийки матки або піхви.

Типові тестові завдання:

1. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння. Діагноз?

- A. Розрив шийки матки I ступеню.
- B. Гіпотонія матки.
- C. Дефект посліду.
- D. Розрив шийки матки II ступеню.
- E. Розрив шийки матки III ступеню.

2. Через 30 хвилин після початку II періоду пологів у повторнородящої з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів. Перейм немає. Контури матки не визначаються, матка болісна при пальпації. Серцебиття плоду не вислуховується. При внутрішньому акушерському дослідженні відкриття маткового зіву повне, головка плоду притиснута до входу в малий таз, на голівці велика пологова пухлина. Стріловидний шов відхилений наперед; досягаються велике і мале тім'ячка, розташовані на одному рівні. Який діагноз?

- A. Передлежання плаценти, кровотеча.
- B. Емболія навколоплідними водами.
- C. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Д. Розрив матки, що відбувся.

Е. Вторинна слабкість пологової діяльності.

Вірні відповіді: 1-Д, 2-Д.

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання. Перша бригада – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки. Друга бригада – скласти алгоритм лікування. Третя бригада – оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи;

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Роділля 24 років з нормальним тазом і доношеною вагітністю. Поступово перейми, що розпочались 10 годин тому ослабіли, стали малоефективними. Внутрішнє акушерське дослідження: повне відкриття маткового зіву, голівка плоду великим сегментом у вході в малий таз. Плодовий міхур відсутній. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 130 уд/хв.

Питання: Яка аномалія пологової діяльності ускладнила перебіг пологів? Оберіть подальшу тактику ведення пологів?

Еталон відповіді: Вторинна слабкість пологової діяльності. Тактика: в/в крапельне введення окситоцину.

2. У доношеної дитини від обтяжених пологів виявлена кефалогематома. На 2-у добу з'явилася жовтяниця, на 3-ю - зміни в неврологічному стані: ністагм, синдром Грефе. Сеча є жовтою, кал золотисто-жовтого кольору. Група крові матері А(II) Rh-, дитини А(II) Rh+. На 3 добу Hb у дитини 200 г/л, Еритроцити $6,1 \cdot 10^{12}/л$, білірубін в крові 58 мкмоль/л за рахунок непрямой реакції, Ht- 0,57. Чим пояснити жовтяницю у дитини?

Еталон відповіді: Черепно-мозковою травмою в пологах.

Нетипові тестові задачі:

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

А. Розрив шийки матки.

В. Здавлення посліду, що частково відділився.

С. Атонічна кровотеча.

Д. Істинний приріст плаценти.

Е. Відділення плаценти за Дунканом.

2. Породілля 28 років поступила в пологовий будинок через 12 годин після початку регулярних переймів. Три години тому відійшли навколоплідні води, після чого перейми стали різко болісними, частими, тривалими. Поведінка жінки неспокійна. При обстеженні: контракційне кільце на рівні пупка, матка у вигляді «пісочного годинника», нижній сегмент різко болісний, перерозтягнутий. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття маткового зіву повне, предлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, плодовий міхур розірваний. Ваша тактика.

А. Кесарів розтин.

В. Стимуляція пологової діяльності.

С. Накласти акушерські щипці.

Вірні відповіді: 1-А, 2-А.

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючи карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Класифікація анатомічно вузького таза.

Вузький таз буває **анатомічно** вузьким, при якому є анатомічні якісні (архітектура) або кількісні (розміри) зміни, та **клінічно** вузьким, коли виникає функціональна невідповідність між голівкою плода та тазом матері, незалежно від їх розмірів.

Анатомічно вузький таз класифікується по формі і ступені звуження. За формою звуження розрізняють форми звуження тазу, які зустрічаються часто і не часто.

Часто трапляються форми:

Загальнорівномірнозвужений таз: 1. інфантильний; 2. чоловічого типу; 3. карликовий.

Плоский таз: 1. простий плоский; 2. плоскорухітичний; 3. таз із зменшенням прямого розміру широкої частини порожнини малого тазу; 4. загальнозвужений плоский таз.

Нечасто трапляються форми.

1. Косозміщений і косозвужений таз.

2. Поперечнозвужений таз.

3. Лійкоподібний.

4. Спондилолістетичний.

5. Osteомаметичний.
6. Деформований внаслідок екзостозів, переломів, кісткових пухлин.
7. Кіфотичний тощо.

За ступенем звуження тазу класифікують, виходячи із величини справжньої кон'югати. При цьому розрізняють чотири ступеня звуження тазу:

I ступінь – справжня кон'югата 10,5-9 см.

II ступінь – 9-7,5 см.

III ступінь – 7-5,5 см

IV ступінь – менше 5,5 см.

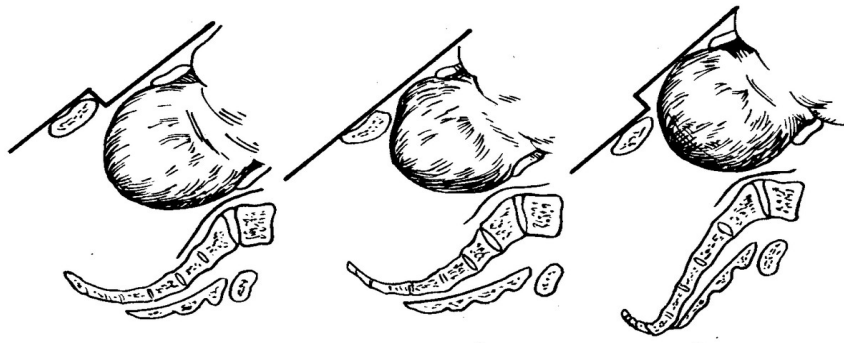
Проводять загальноприйнятую пельвіометрію. Своєчасна діагностика вузького тазу може попередити ряд ускладнень, які виникають під час пологів, а іноді в кінці вагітності.

Клінічно вузький таз утворюється під час пологів внаслідок невідповідності розмірів голівки плоду і тазу матері незалежно від їх розмірів. Основними причинами є анатомічно звужений таз, велика голівка плоду, розгинальні вставлення, аномалії розвитку жіночих статевих органів та плоду. Діагноз виставляється тільки в пологи.

З метою визначення відповідності між голівкою плоду і тазом застосовують прийом Цангеймейстера і ознаку Вастена. При прийомі Цангеймейстера тазоміром вимірюють зовнішню кон'югату, потім передній гудзик тазоміру переставляють на найвипуклішу точку голови, не знімаючи задній гудзик тазоміру. Якщо відстань від надкрижової ямки до найвипуклішої точки на голові (розмір Цангеймейстера) більша від розміру зовнішньої кон'югати, то це свідчить про невідповідність між передлеглою частиною (голівкою) і тазом. Коли розмір Цангеймейстера менший від величини зовнішньої кон'югати, то невідповідності немає. Якщо розміри однакові, то невідповідність сумнівна. Прийомом Цангеймейстера можна користуватись при встановленні голівки в малий таз. При рухомій голівці встановити відсутність відповідності між нею і тазом, особливо до відходження вод, неможливо.

Прийом Вастена полягає в тому, що акушер ставить руку в ділянці симфізу і ковзає доверху в напрямку голівки. При нормальних відношеннях голівка буде знаходитися нижче лона (ознака Вастена негативна). При вузькому тазі голівка може знаходитися на одному рівні з лонним зчленуванням (ознака Вастена врівень) або голівка різко виступає над лонем (ознака Вастена позитивна), при якій пологи через природні пологові шляхи є неможливими.

Прийом Вастена може бути застосований під час пологів, коли голівка щільно знаходиться при вході в таз (рис. 4).



а. б. в.

Рис. 4. Ознака Генкель-Вастена: а – негативна, б – „врівень“, в – позитивна

Алгоритм діагностики клінічно вузького тазу.

Критерії клінічної невідповідності під час пологів:

1. Позитивний симптом Вастена або врівень, позитивний розмір Цангеймейстера;
2. Симптоми притиснення сечового міхура;
3. Перерозтягнення нижнього сегмента матки, високе розташування контракційного кільця;
4. Відсутність просування голівки при повному відкритті і нормальній пологовій діяльності;
5. Недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки;
6. Поява потуг при високому розташуванні голівки плоду;
7. Набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи.

За наявності двох і більше ознак встановлюється діагноз клінічно вузького тазу, методом розродження є операція кесарського розтину.

Крупний плід. Терміном “крупний плід” називають плід, маса тіла якого в кінці вагітності досягає 4000 г і більше при головному передлежанні та 3700 г при сідничному передлежанні. При пологах крупним плодом збільшується частота пологового травматизму, включаючи розриви матки, гіпоксії плоду, післяпологови ускладнення.

Діагностика крупного плоду

До групи ризику щодо розвитку великого плоду належать:

- жінки з малорухливим способом життя;
- вагітні з ожирінням;
- хворі на цукровий діабет або на інші ендокринні захворювання;
- наявність в анамнезі пологів крупним плодом;

-резус-негативні жінки.

Діагностичне значення має ультразвукове дослідження, а також визначення передбачуваної маси плоду.

Особливості перебігу пологів при крупному плоді

Пологи крупним плодом належать до патологічних, тому важливим є моніторинг за станом плоду, динамічна оцінка скоротливої діяльності матки, визначення клінічної відповідності розмірів тазу і плоду. Якщо при хорошій пологовій діяльності, повному відкритті шийки матки голівка не просувається по пологових шляхах, то слід стверджувати про клінічну невідповідність і завершувати пологи шляхом операції кесарського розтину. Показанням до кесарського розтину є також сідничне передлежання при передбачуваній масі плоду 3700 г. Перебіг періоду новонародженості при макросомії тісно пов'язаний з ускладненнями, які виникають в пологах у зв'язку з наявністю крупного плода. До найбільш гострих ускладнень належать пологова травма (перелом ключиці, плечової кістки, пошкодження периферичної нервової системи, внутрішньочерепна травма) та асфіксія.

Тазове передлежання плода

Класифікація:

Сідничне передлежання (згинальне):

-неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);

-повне або змішане сідничне (передлежать сіднички разом із стопами плода).

Ножне передлежання (розгинальне):

-неповне (передлежить одна ніжка плода);

-повне (передлежать обидві ніжки плода);

-колінне передлежання.

Діагностика:

1.Зовнішнє акушерське дослідження:

-в області дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;

-над входом або у вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;

-під час аускультатії серцебиття плода вислуховують залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

2. Ультразвукова діагностика – найбільш інформативний метод діагностики. Дозволяє визначити передлежання плода, очікувану масу плода, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, наявність аномалії розвитку плода тощо.

Ведення вагітності

Перебіг вагітності при тазових передлежаннях аналогічний головним

передлежанням. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати:

- положення на боці, протилежному позиції плода;
- колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.

Призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ за однією з існуючих методик (І.Ф. Дикань, І.І. Грищенко, В.В. Фомічева).

Попередній діагноз тазового передлежання встановлюють у терміні вагітності 30 тижнів, а остаточний – у 37-38 тижнів.

Поперечне і косо положення плоду відносяться до неправильних положень. Позиція плоду при цих положеннях визначається по голівці. При розташуванні голівки плоду зліва - перша позиція, справа - друга позиція. Вигляд плоду визначається також як і при подовжньому положенні по відношенню спинки до передньої або задньої стінки матки.

Перебіг вагітності і пологів.

Під час вагітності при неправильних положеннях плоду найбільш частими ускладненнями є допологове вилиття навколоплідних вод зважаючи на відсутність внутрішнього поясу прилягання, а також передчасні пологи. Якщо причиною неправильного положення плоду є передлежання плаценти, то можлива кровотеча.

Ускладненням першого періоду пологів найчастіше також є несвоєчасне вилиття навколоплідних вод. Тривалий безводий проміжок (більше 12 годин), як правило, сприяє інфікуванню плодового яйця, матки і поширенню інфекції на черевну порожнину. Інтенсивне вилиття навколоплідних вод в першому періоді пологів обмежує рухливість плоду, супроводжується випадінням пуповини або ручки плоду, вбиванням в малий таз одного з плічок. Цей стан носить назву запущеного поперечного положення плоду. Матка, що скоротилася, обмежує кровопостачання плаценти. При пологовій діяльності, що продовжується, і відсутності просування плоду відбувається спочатку перерозтягання нижнього сегменту, а потім і розриви матки.

Ведення вагітності і пологів.

Вагітність в I і II триместрах протікає зазвичай без особливостей. У III триместрі, до 34-35 тижні, у зв'язку з великою рухливістю плоду, наявність його поперечного або косого положення носить назву нестійкого, яке надалі часто переходить в подовжнє.

Поперечне і косо положення плоду є показаннями для операції кесаревого розтину у плановому порядку.

Алгоритм ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні
Перебіг вагітності при тазових передлежаннях аналогічний перебігу вагітності

при головному передлежанні. В терміні 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати наступне:

1. Положення на боці, протилежному позиції плода;

2. Колінно-ліктьове положення 2-3 рази на добу по 15 хвилин.

З 32 до 37 тиж. призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ.

У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару.

У разі доношеної вагітності до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної.

Показання:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г,
- нормальні розміри малого тазу;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;

Противоказання:

- ускладнення перебігу вагітності;
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці,
- гідроцефалія;
- аномалій розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Ведення пологів

Консервативне ведення пологів:

- Оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природніпологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину (маса плода >3700, ножне передлежання, розгинання голівки плода, гідроцефалія)
- Слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного

введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину);

- Проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії;
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога.

Аномалії пологової діяльності – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, просування плода й вигнання його без порушення біомеханізму пологів.

Етіопатогенез аномалій пологової діяльності

1. Захворювання репродуктивної системи: рубець на матці, запальні захворювання жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, міома матки.

2. Акушерські чинники: передчасне відходження навколоплідних вод, диспропорція між розмірами голівки плода і таза матері, "незріла шийка матки", перерозтягнення матки у зв'язку із багатоводдям і багатоплідністю, тазове передлежання плода, пізні гестози, плацентарна дисфункція.

3. Загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, захворювання центральної нервової системи, нейроендокринні порушення різного генезу, ожиріння, психоемоційні стани, анемії.

4. Фактори, обумовлені впливом організму плода: макросомія плода, гіпотрофія плода, хромосомні аберації, переносування вагітності, імуноконфліктна вагітність

5. Ятрогенні фактори: необґрунтоване й несвоєчасне застосування засобів, які стимулюють пологи, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболювання пологів.

Класифікація аномалій пологової діяльності

1) Гіпоактивність або інертність матки (рідкі, короткі, слабкі перейми);

2) Гіперактивність матки (надмірно сильні, судомні перейми);

3) Дискоординація маткових скорочень (нерівномірні, безладні, спастичні перейми).

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності:

- відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
- первинна гіпотонічна дисфункція матки.

Вторинна слабкість пологової діяльності:

- припинення переймів у активній фазі пологів;
- вторинна гіпотонічна дисфункція матки.

Інші види аномалій пологової діяльності:

- ¬а атонія матки;
- ¬а хаотичні перейми;
- ¬а слабкі перейми.

Стрімкі пологи

Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:

- ¬а дистоція шийки матки;
- ¬а дискоординована родова діяльність;
- ¬а гіпертонічна дисфункція матки;
- ¬а тетанічні скорочення.

Діагноз аномалій родової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин в активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми. Характер родової діяльності визначається на підставі оцінки трьох основних процесів:

- 1) динаміки маткових скорочень;
- 2) динаміки розкриття шийки матки;
- 3) динаміки просування передлеглої частини плода по родовому каналу.

Слабкість пологової діяльності.

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

Первинною - називають слабку родову діяльність, що виникає на самому початку пологів і триває протягом періоду розкриття, може продовжуватися й до кінця пологів. Проявляється ослабленням сили перейм, зменшенням частоти та вкороченням їх, подовженням інтервалів між переймами. Збільшується тривалість періоду розкриття, уповільнюється або припиняється просування передлеглої частини. Слабкість родової діяльності, що виникає після періоду тривалої регулярної родової діяльності, називають **вторинною**.

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю, її відносять зазвичай до вторинної слабкості родової діяльності.

Діагноз слабкості родової діяльності можна поставити протягом 4 - 6 годин клінічного спостереження й протягом 2-х годин при використанні гістерографії.

Лікування слабкості родової діяльності:

При порушенні прогресу пологової діяльності слід провести амніотомію. При цьому відзначають колір навколоплідних вод, стан плода. Якщо протягом 1 години після проведення амніотомії не розвивається активна пологова діяльність, починають стимуляцію окситоцином.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- ¬ відсутність плодового міхура;
- ¬ відповідність розмірів плода й таза матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- ¬ клінічно вузький таз;
- ¬ оперована матка;
- ¬ неправильні положення плода;
- ¬ дистрес плода;
- ¬ передлежання плаценти;
- ¬ передчасне відшарування нормально й низько розташованої плаценти;
- ¬ рубцові зміни шийки матки;

З метою внутрішньовенної інфузії 2 мл окситоцину (10 ОД) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1,0 мл/хв.). При досягненні ефекту через 10 хвилин швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 10 хвилин на 6 крапель (0,5 мл/хв). Максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель в одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності матки вважається наявність 3 – 4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Використання окситоцину і простагландинів повинно супроводжуватись ретельним моніторингом за прогресом пологової діяльності, станом матері та плода. Передозування приводить до розвитку гіпертонусу матки, погіршується маточно-плацентарний кровообіг, розвивається дистрес плода, зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми й хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

При поєднанні слабкості родової діяльності й дистресу плода проводять розродження шляхом кесаревого розтину.

Вторинна слабкість родової діяльності проявляється ослабленням сили перейм, зменшенням частоти та вкороченням їх, подовженням інтервалів між переймами. Збільшується тривалість періоду розкриття, уповільнюється або припиняється просування передлеглої частини. Відзначається виражене стомлення роділлі. Можуть з'явитися симптоми хоріонамніоніту, та дистресу плода.

Діагностика: оцінка перейм, розкриття маткового зіва й просування передлеглої частини. Динамічне спостереження за цими параметрами за допомогою зовнішнього й внутрішнього акушерського дослідження цілком

дозволяє вчасно поставити правильний діагноз.

Тактика ведення пологів залежить від ступеня розкриття шийки матки, положення голівки в малому тазі, стану плода й супутньої акушерської або соматичної патології. Якщо плодовий міхур цілий, то лікування починають із амніотомії. Можливо, це призведе до посилення родової діяльності й інших втручань не буде потрібно.

Якщо вторинна слабкість настає, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, родостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). При відсутності ефекту від родостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео - або епізіотомію.

Надмірно сильна пологова діяльність (стрімкі пологи) - дисфункція скорочувальної діяльності матки. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому й повному розкриттю шийки матки.

Швидкими вважають пологи, які тривають менше 6 годин у первісток і менше 4 годин у повторнонароджуючих, стрімкими - відповідно менше 4 і 2 годин. Швидкі пологи призводять до виникнення травм у матері (глибокі розриви шийки матки, вагіни, промежини), плода (розрив пуповини, крововилив в головний мозок новонародженого, кефалогематоми), передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, гіпотонічної кровотечі,

Лікування полягає в немедикаментозному корегуванні сили й частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і відсутності протипоказань до застосування β 2-адреноміметиків, для зменшення інтенсивності родової діяльності можливе застосування токолізу β 2-адреноміметиками, які покращують плацентарний та матковий кровообіг і стан плода. Для проведення токолізу гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм (В). Також для токолізу використовують інші бета-міметики.

Дискоординована пологова діяльність - порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

Клініка:

- 1) болісні, нерегулярні перейми, які іноді мають постійний характер;
- 2) плоский плодовий міхур;
- 3) передчасне або раннє відходження навколоплідних вод;

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

- ¬ відсутність динаміки розкриття шийки матки;
- ¬ уповільнення або відсутність просування голівки плоду;
- ¬ судомні перейми (тетанія матки); .

Лікування:

Проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв) не перевищуючи 15-20 крапель/хв під спостереженням за активністю переймів; епідуральна анестезія. На всіх етапах лікування аномалій родової діяльності повинно проводитися спостереження за станом плода й здійснюватися немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення й спостереження за роділлею. За умови наявності протипоказань до корекції родової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій родової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину. **Профілактика.** Створення комфортних умов під час пологів, які включають: вживання їжі та рідини, індивідуальна пологова палата, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.

Пологовий травматизм матері

Класифікація :

I. За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів.
2. Розриви промежини і піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерські нориці.
8. Акушерська травма кісткового тазу.

II. За патогенетичними ознаками:

1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

Травми зовнішніх статевих органів.

Розриви промежини.

Класифікація:

I. За патогенетичними ознаками:

-вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, «захисту» промежини;

-мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

-загроза розриву;

-завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

Розрив 1-го ступеня – поверхневий, за якого порушується цілість однієї лише задньої спайки та стінки піхви і який не ушкоджує м'язовий шар.

Розрив 2-го ступеня характеризується розривом *centrum tendineum perinei*, *musculus bulbocavernosus*, *musculus superficialis et profundus* та стінки піхви.

Розрив 3-го ступеня: до ушкоджень, які трапляються при розривах 1-го і 2-го ступенів, додаються розриви м'язів зовнішнього сфінктера прямої кишки (*musculus sphincter ani externus*) та слизової оболонки прямої кишки.

Розрив 3-го ступеня за клінічним перебігом підрозділяють на повний (розрив *musculus sphincter ani externus* і передньої стінки прямої кишки, стінки піхви) і неповний (розрив *musculus sphincter ani externus* та стінки піхви).

Окремо вирізняють центральний розрив промежини (*ruptura perinea centralis*) – несправжній (*artificialis*) хід між задньою спайкою і *musculus sphincter ani externus*.

Критерії загрози розриву промежини:

- ⌘ синюшність шкіри промежини;
- ⌘ набряк та своєрідний блиск промежини з послідувальною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- ⌘ дефект тканин;
- ⌘ раньова поверхня;
- ⌘ кровотеча із рани.

Лікування. Розрив промежини зашивають після народження дитини, відходження посліду й огляду пологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- ⌘ висікання (*excidere*) розміжчених тканин;
- ⌘ перший шов накладають на 0,5 см вище верхнього кута рани;
- ⌘ прошивають дно рани;

⌘ поєднують одноіменні края рани.

Особливості накладання швів при розриві промежини 3-го ступеня:

⌘ накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки;

⌘ відновлення цілості сфінктера;

⌘ накладання швів на м'язи тазового дна, слизову оболонку піхви, шкіру промежини.

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітної та пологів і своєчасну епізіо-, перінеотомію.

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву (дефект тканин). Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, рука акушера - глибину розрива. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими вікриловими швами. Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів.

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововилив у клітковину органів внаслідок розриву судин.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Огляд гематоми констатує наявність тугої напруженої «пухлини» синюшного кольору, яка іноді пульсує. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз крові, прискорення ШОЄ.

Діагностичні критерії:

⌘ при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення, синьо-багрового забарвлення;

⌘ при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;

⌘ гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;

⌘ при невеликих за розміром гематомах немає суб'єктивних відчуттів;

⌘ при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

⌘ при інфікуванні гематоми відмічається посилення болю,

пульсуючий його характер, підвищення температури тіла із зниженням її в ранковий час (гектичний тип температури), в крові – лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Лікування.

Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її (лігують). Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають рідкі шви, тампонують піхву, прикладають пузир з льодом. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

У разі сростання гематоми, прогресуванні анемізації організму, ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дрениування для профілактики інфікування. Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви можуть бути від поверхневих до тяжких і супроводжуватись акушерською кровотечею.

Класифікація:

1. За патогенетичними ознаками:

- Спонтанні (мимовільні);
- Вимушені.

2. За ступенем тяжкості (за І.Ф. Жорданія):

- 1-й ступінь – довжина рани до 2 см (1/3 довжини шийки);
- 2-й ступінь – розрив перевищує 2 см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;
- 3-й ступінь – розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрія, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка розриву шийки матки: кровотеча яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров витікає струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими кетгутовими швами.

Тактика лікування:

Техніка виконання: затискачі накладають по боках рани, і шийку матки

зводять у бік, протилежний розриву. Важливо оголити верхній край рани з боку рогів *vaginalis* і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1.0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші – на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани. Лігатури ниток зрізають.

Розривом матки називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Класифікація:

I. За часом виникнення:

- розрив матки вагітної;
- розрив матки роділлі.

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанні, або мимовільні розриви матки:

- типові механічні (при механічних перешкодах для розродження);
- атипові гістопатичні (при патологічних змінах стінки матки);
- механіко-гістопатичні (за наявності механічної перешкоди та патологічних змін стінки матки).

2. Вимушені розриви матки:

- травматичні;
- змішані.

III. За клінічним перебігом:

- Ризик розриву матки.
- Загрожуючий розрив матки.
- Завершений розрив матки.

IV. За характером ушкодження:

- Неповний розрив, який не проникає в черевну порожнину.
- Повний розрив, що проникає в черевну порожнину.

V. За локалізацією розриву:

- Розрив у дні матки.
- Розрив у тілі матки.
- Розрив у нижньому сегменті.
- Відрив матки від склепіння піхви.

VI. За відношенням до суміжних органів:

- «Чисті» розриви (травмується лише матка).
- «Поеднані» розриви (травмуються суміжні органи)

Клініка розриву матки залежить від стадій патологічного процесу.

Клініка загрози розриву матки:

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена,

язик сухий;

- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «піскового годинника»;
- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглий частині плоду над входом до малого тазу;
- серцебиття плоду ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини);
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель – Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово заповнює порожнину малого таза.

Розрив матки, що відбувся. Класичні клінічні ознаки загрози та розриву матки завершуються :

- «кинджальним» болем у животі;
- характерна для цього стану виражена еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- нарастають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- кров'яними (сукровичними) виділеннями з піхви;
- плід помирає в утробі матері.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

- плід знаходиться в порожнині матки;
- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми – біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, попереку;
- клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді);
- симптоми неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності;
- розрив матки при цілому плодовому міхурі.

- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плоду не просувається;
- з'являються нудота, блювання;
- змінюється частота серцебиття плода (брадикардія);
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискординації.

Алгоритм дії лікаря.

Кесарський розтин у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I-II ст. та великої маси плоду (3800 г і більше);
- лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- поперечному, косому положенні алода;
- вузькому тазі III-IV ст.;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- рубцевих змінах шийки матки, піхви.

Лікування. Клінічні ознаки загрози розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі погіршує її стан, що може прискорити розрив матки. У першу чергу необхідно припинити або ослабити пологову діяльність: ввести роділлю у стан глибокого наркозу (ендотрахеальний ефірно-кисневий наркоз або наркоз сумішшю закису азоту з киснем у поєднанні з препаратами –міорелаксантами й апаратурною штучною вентиляцією легень; у надзвичайних ситуаціях допустимо використання маски Есмарха). Тільки у стані глибокого наркотичного сну і повного розслаблення матки роділлю можна перекласти на каталку і транспортувати до операційної. Обережно виконують операцію кесаревого розтину. Якщо несвоєчасно або неповноцінно надати допомогу, загроза розриву матки прогресує і переходить у завершений розрив.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування ургентних «реанімаційних заходів» (повноцінне знеболювання, припинення кровотечі, тривала штучна вентиляція легенів та трансфузійно-інфузійна терапія). Хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини. У післяпологовому періоді продовжують інтенсивну інфузійно-трансфузійну терапію, реабілітаційні заходи.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;

- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до екстірнації матки:

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;
- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстірнації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10 – 12 годин);
- хоріоамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні. В акушерській практиці післяпологовий виворот матки є надзвичайно рідкісним ускладненням третього періоду пологів. Оскільки матка вивертається саме у третьому періоді пологів, термін «післяпологовий виворот» не зовсім відповідає часу виникнення пологової травми. Доцільно користуватися терміном «акушерський виворот матки».

Класифікація. Акушерський виворот матки розрізняють як:

1. Гострий (швидкий) повний.
2. Гострий (швидкий) неповний (частковий).

За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанний.
2. Насильний.

Клініка. Акушерський виворот матки супроводжується раптовим сильним болем внизу живота (колапсом); шоківим станом (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс частий, слабкого наповнення); матковою кровотечею. Під час спеціального обстеження виявляють між стегнами роділлі пухлиноподібне утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

Діагностика. Діагноз неповного (часткового) акушерського вивороту матки уточнюється при визначенні висоти дна матки (матка над лобком не визначається). Огляд піхви у дзеркалах підтверджує діагноз і дає змогу

диференціювати повний виворот матки з частковим.

Лікування при гострому акушерському вивороті матки комплексне, поетапне і зводиться до боротьби з больовим і геморагічним шоком і репозиції матки. Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього пологового та раннього післяпологового періодів.

Післяпологовими норицями називаються штучні патологічні ходи між піхвою і прямою кишкою або піхвою і сечовим міхуром.

Післяпологові мимовільні нориці утворюються внаслідок тривалого стиснення тканин та розвитку некрозу з подальшим відторгненням тканин. Головною причиною мимовільних післяпологових нориць є тривале стояння голівки плода в одній і тій же площині малого тазу. Тривале стиснення тканин призводить до порушення кровообігу, ішемії, набряку, некрозу і відторгнення. Утворенню таких станів сприяють вузькі тази, асинклітизм, великий плід, аномалія пологової діяльності тощо. Нориці також виникають внаслідок пологового травматизму піхви, сечового міхура, прямої кишки під час акушерських операцій.

Класифікація.

I. За локалізацією процесу:

1. Сечостатеві (між сечовим міхуром або сечівником і піхвою).
2. Прямокишково-піхвові (між стінкою прямої кишки і піхвою).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Мимовільні.
2. Штучні.

Клініка. Клінічні ознаки перебігу післяпологових нориць полягають у мимовільному сечовиділенні або відходженні кишкових газів із піхви. Іншими словами, наявні атипові виділення з піхви (сеча, газу, кал) на 5-6-ту добу післяпологового періоду. Відторгнення некротизованих тканин супроводжується субфебрильною температурою тіла, ознобом, затримкою сечовиділення, набряком тканин суміжних органів й утворенням атипового отвору (нориці).

Діагностика післяпологових нориць не становить труднощів під час огляду піхви у дзеркалах. За необхідності застосовують інструментальні методи діагностики (цистоскопія, введення до сечового міхура забарвленої рідини).

Лікування породіллі при післяпологових норицях оперативне. Профілактика післяпологових нориць полягає у плануванні вагітності; раціональному веденні пологів.

Акушерською травмою кісткового тазу. Розходження (травма)

лобкового симфізу – розходження лобкових кісток більш як на 2,0 мм.

Класифікація:

I. За ступенем тяжкості:

1-й ступінь – розходження 5-9 мм (норма 1,5 мм);

2-й ступінь – розходження 10-20 мм;

3-й ступінь – розходження більше 20 мм.

Розходження лобкових кісток проявляється болем у ділянці симфізу, крижів. Біль посилюється при спробі встати, ходити, з'являється «качина хода». При травмі лобкового зчленування біль посилюється через 8-12 годин після пологів. Під час пальпації лобкового симфізу відмічається різкий біль. Породілля лежить в ліжку у вимушеному положенні: ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, стегна розвернуті (симптом М.Н. Волковича).

Лікування породіллі з розривом лобкового симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають постільний режим, вітаміни групи В, вітамін D – 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5 г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів. У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають постільний режим протягом 3-4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. На ділянку великого вертлюга кладуть подушку з піском масою до 5 кг. Розходження лобкових кісток 2-3го ступенів потребує застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4-6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

Профілактика розходження лобкового симфізу полягає в запобіганні рахіту та дисбалансу обміну макро-, мікроелементів, фізичному вихованні дівчинки, прогнозуванні та раціональному веденні пологів.

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

Практичні завдання:

1. Зібрати анамнез, скласти план обстеження вагітної з макросомією плоду;
2. Скласти план ведення вагітної з тазовим передлежанням плоду;
3. Скласти план ведення вагітності та пологів у вагітної з вузьким тазом.
4. Провести оцінку результатам клініко-лабораторного обстеження у роділлі з порушенням пологової діяльності.
5. Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
6. Мультимедійна презентація за темою заняття.

3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Нетипові ситуаційні задачі:

1. У першородячої 22 років після відходження навколоплідних вод з'явилися

безперервні, дуже болісні перейми. Розміри тазу 25-28-31-21 см. ОЖ 100 см, ВДМ – 41см. Матка в постійному гіпертонусі, контракційне кільце на 6 пальців вище лона, криво розташоване. Нижній сегмент матки болючий. Визначається набряк піхви і зовнішніх статевих органів. Серцебиття плоду 136 уд/хв.. Ознаки Вастена і Цангенмейстера позитивні. Тактика лікаря.

Відповідь: Зупинити пологову діяльність і провести кесарів розтин.

2. Породілля 26 років доставлена в пологовий будинок з переймами, які почалися 10 годин тому, води не виливалися. Вагітність 40 тижнів, пологи II, головне передлежання. Перейми слабкої сили, нетривалі. Серцебиття плоду 140 уд/хв, ритмічне. Оцінка кардіотахограми за Фішером - 9 балів. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, розкриття маткового зіву 4 см, плодовий міхур цілий, головка плоду притиснута до входу в малий таз. Що слід призначити?

Відповідь: Внутрішньовенне краплинне введення окситоцину.

3. Першовагітна 24 років з нормальним тазом і доношеною вагітністю. Поступово сутички ослабіли, стали малоефективними. Внутрішнє акушерське дослідження: повне відкриття маткового зіву, головка плоду великим сегментом у вході в малий таз. Плодовий міхур відсутній. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 130 уд/хв. Тактика ведення пологів?

Відповідь: Стимуляція пологової діяльності.

4. Першороділя в 40 тижнів скаржиться на переймоподібні нерегулярні болі, що продовжуються більше двох діб. Вночі не спала. Головка плоду рухома над входом в малий таз. Навколоплідні води не виливалися. При внутрішньому акушерському дослідженні шийка матки завдовжки 3 см, зовнішній зів закритий. Діагноз?

Відповідь: Патологічний прелімінарний період.

5. У первістки 30 років на тлі патологічного прелімінарного періоду, який триває більше двох діб, вилилися навколоплідні води 6 годин тому. Термін вагітності 39 тижнів. Регулярної родової діяльності немає. Передлежить голівка плоду, над входом в малий таз. Серцебиття плоду є ясным, ритмічним, 142 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні шейку матки «незріла». Тактика ведення?

Відповідь: Провести кесарів розтин.

Тестові завдання (КРОК 2):

1. Породілля поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю і незначними кров'яними виділеннями з піхви, що припинилися. Стан важкий шкіра бліда, свідомість спутана. АТ 80/40 мм.тр.ст. Серцебиття плоду не визначається. В анамнезі кесарів розтин 1 рік тому. Встановіть діагноз.

- A. Передлежання пуповини.
 - B. Передлежання плаценти.
 - C. Розрив матки.
 - D. Виділення кристеллеровської пробки.
 - E. Передчасне відходження навколоплідних вод.
2. Повторновагітна поступає в пологове відділення з доношеною вагітністю і рясними кров'яними виділеннями із статевих шляхів. Стан важкий, бліда, на питання відповідає з важкістю. АТ 85/40 мм.рт.ст. В анамнезі 3 роки тому назад кесарів розтин. Частота серцебиття плоду – 70 уд/хв. Найвірогідніший діагноз.
- A. Виділення слизової пробки з шийки матки.
 - B. Передлежання плаценти.
 - C. Розрив матки.
 - D. Передлежання судин пуповини.
 - E. Рак шийки матки.
3. Терапія загрозового розриву матки:
- A. Посилення родової діяльності
 - B. Припинення родової діяльності
 - C. Накладення акушерських щипців
 - D. Окситоцин внутрішньовенно крапельно
 - E. Вичікувальна тактика

Вірні відповіді: 1-С; 2-С; 3-В.

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом; б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; г) обґрунтування клінічного діагнозу; д) складання плану лікування;
максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

7. Рекомендована література.

1. Акушерство: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, В. П. Лакатоша). - К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
2. Запорожан В. М., Чайка В. К., Маркін Л. Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
3. Невідкладні стани в акушерстві: (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»): Навч. Посіб для студ.вищ.мед.навч.закладів / за редакцією Б. М. Венцківського, А. Я. Сенчука, О. О. Зелінського – Видавництво «ТЕС», 2014.- С. 83-85.
4. Акушерство: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, В.П. Лакатоша). - К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
5. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф.,

Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017.

6. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ

7. Невідкладні стани в акушерстві : (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»): Навч. посіб. Для студ. Вищ. мед. навч. закладів / за редакцією Б.М. Венцківського, А.Я. Сенчука, О.О.Зелінського – Видавництво «ТЕС», 2011

8. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.

9. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології