

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ ТА У ПОЛОГАХ

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Харків – 2019

УДК 618.3/4-005.1(072)

А 44

Рецензенти:

Г. В. Сторчак – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна;

В. П. Ромаєва – кандидат медичних наук, доцент кафедри перинатології, акушерства та гінекології ХМАПО.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 29.05.2019 р.)*

А 44

Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності та у пологах : методичні рекомендації до практичних занять з акушерства для здобувачів вищої освіти V курсу медичного факультету / уклад. О. В. Грищенко, Т. О. Козуб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 24 с.

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з даної теми для самостійної підготовки студентів до практичного заняття, список рекомендованої та додаткової літератури, а також приклад тестових завдань.

УДК 618.3/4-005.1(072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2019

© Грищенко О. В., Козуб Т. О., уклад., 2019

© Дончик І. М., макет обкладинки, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності та у пологах.....	6
1.1. Передлежання плаценти.....	6
1.2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти...	10
РОЗДІЛ 2. Акушерські кровотечі під час пологів.....	14
2.1. Розрив матки.....	14
2.2. Кровотечі у послідовому періоді.....	18
ТЕСТОВІ ПИТАННЯ.....	21
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	23

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АК – акушерські кровотечі

АТ – артеріальний тиск

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДВЗ – дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові

КТГ – кардіотокографія

МАР – масивна акушерська кровотеча

ПВНРП – передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

УЗД – ультразвукова діагностика

ФКГ – фетокардіографія

ВСТУП

Акушерські кровотечі залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності. Щорічно, за даними ВООЗ (2008 р.), акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн жінок, із них 128 тис. помирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів. У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8 % щодо загальної кількості пологів, при цьому 2–4 %, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1 % – із передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти. В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності.

Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактика та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини, та відмова від застарілих і неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

РОЗДІЛ 1

Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності

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

Класифікація акушерських кровотеч:

Кровотечі у II половині вагітності:

- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти;
- розрив матки.

Кровотечі під час пологів:

I період:

- передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти;
- передлежання плаценти;
- розрив матки;
- розрив шийки матки.

II період:

- передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти;
- розрив матки.

III період:

- патологія прикріплення плаценти;
- затримка, защемлення плаценти;
- розрив м'яких тканин пологових шляхів.

1.1. Передлежання плаценти

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

Класифікація аномального розташування плаценти.

1. Повне передлежання (*placenta praevia totalis*) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.

2. Неповне передлежання плаценти (placenta praevia partialis) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.

2.1. Бокове передлежання плаценти (placenta praevia lateralis) – плацента займає 2/3 частини вічка шийки матки.

2.2. Крайове передлежання (placenta praevia marginalis) – плацентарна тканина підходить до краю внутрішнього вічка шийки матки.

3. Низьке прикріплення плаценти – розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка.

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

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти:

А. Незрілість елементів трофобласту бластоцисти.

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

- хронічних ендометритів з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрію;
- абортів, ускладнених запальними процесами;
- генітального інфантилізму, ендокринопатій;
- доброякісних пухлин матки, зокрема субмукозних міоматозних вузлів, рубців на матці;
- дії на ендометрій хімічних препаратів.

Клінічна картина передлежання плаценти

Провідним клінічним симптомом є раптові без больових відчуттів кров'яністі виділення, які можуть періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникають спонтанно або після фізичного навантаження. Кров'яністі виділення набувають загрозливого характеру з початком скорочень матки у будь-якому терміні. В механізмі кровотечі при передлежанні плаценти основну роль відіграють скорочення м'язів матки та розтягнення нижнього сегменту в процесі вагітності та під час пологів з порушенням цілісності міжворсинкового простору. Ворсинки плаценти, у зв'язку з їх нездатністю до розтягнення, втрачають зв'язок зі стінками матки. Термін появи кровотечі та її сила залежать від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання. Так, при центральному (повному) передлежанні кровотеча нерідко починається рано – в II триместрі вагітності; при боковому та крайовому передлежанні (неповному) – в III триместрі або під час пологів. Важкість стану жінки визначається об'ємом і темпом крововтрати. Сила кровотечі при повному передлежанні звичайно більш значна, ніж при неповному. Перша кровотеча зазвичай починається спонтанно. Іноді вона може бути настільки інтенсивною, що супроводжується смертельними

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

Діагностика

Для встановлення діагнозу необхідно:

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

1. Оцінити клінічні прояви – поява кровотечі, що повторюється, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.

2. Провести акушерське обстеження:

А. Обережне зовнішнє акушерське обстеження:

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

Б. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах виключно в умовах розгорнутої операційної:

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

В. Піхвове дослідження виключно в умовах розгорнутої операційної:

а. при закритій шийці матки:

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

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

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

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

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

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються кровотечами:

- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти;

- розривом матки;
- розривом варикозних вузлів в ділянці вульви і піхви;
- раком та ерозією шийки матки.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти.

Кровотеча в II половині вагітності є терміновим показанням для госпіталізації. Лікування та обстеження вагітних з кровотечею у II половині вагітності повинно проводитися тільки в стаціонарі. Тактика лікаря залежить від:

1. об'єму крововтрати та інтенсивності кровотечі;
2. стану жінки та плода;
3. виду передлежання плаценти;
4. терміну вагітності;
5. ступеня зрілості легенів плода.

Акушерська тактика при недоношеній вагітності

При появі кров'янистих виділень в другій половині вагітності в першу чергу слід запідозрити передлежання плаценти і терміново госпіталізувати вагітну.

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів – вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:

- госпіталізація;
- токолітична терапія за показаннями;
- прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
- моніторне спостереження за станом вагітної та плода.

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

Акушерська тактика при доношеній вагітності

1. При крововтраті до 250 мл. За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання:

- у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки виконується амніотомія. При відновленні кровотечі – кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода – в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви;

- при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні виконується кесарів розтин;

- при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі – розродження через природні пологові шляхи.

2. При крововтраті більше 250 мл – незалежно від ступеня передлежання – терміновий кесарів розтин.

3. При повному передлежанні, діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі – госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

У ранньому післяпологовому періоді – ретельне спостереження за станом породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1 % від маси тіла – термінова релапаротомія, екстирпація матки без додатків, за необхідності – перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

1.2. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

В нормі плацента відшаровується від стінок матки після народження плода. Якщо її відділення відбувається раніше (під час вагітності або у I та II періодах пологів), така патологія називається передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти (ПВНРП).

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

Класифікація ПВНРП:

1. Повне відшарування (усієї плаценти).

2. Часткове відшарування:

- крайове

- центральне.

Причини ПВНРП

A. Під час вагітності:

1. Мембранна патологія та патологічні процеси в спіральних артеріях, які викликають втрату їх еластичності (пreekлампися, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інфузійно-алергічний васкуліт).

2. Механічні фактори (травма живота).

3. Імунно-конфліктна вагітність.

4. Дистрофічні зміни ендометрію.

5. Аномалії розвитку та пухлини матки.

В. Під час пологів:

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

Патогенез ПВНRP

Механізм відшарування полягає в утворенні базальних гематом в результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Виникає відшарування плаценти і здавлювання плацентарної тканини утвореною гематомою. Макроскопічно при частковому відшаруванні на материнській поверхні плаценти відмічаються фасетки («старе» відшарування) або згортки крові («гостре» відшарування). Велика матково-плацентарна гематома, не знайшовши виходу в піхву, розтягує плацентарну площадку, і виникає матково-плацентарна апоплексія, описана А. Кувелером.

Клінічна картина

Провідними клінічними симптомами при ПВНRP є:

1. Больовий синдром: гострий біль в проекції локалізації плаценти, що потім поширюється на всю матку, поперек, спину і стає дифузним. Біль найбільш виражений при центральному відшаруванні і може бути не вираженим при крайовому відшаруванні. При відшаруванні плаценти, що розташована на задній стінці, біль може імітувати ниркову коліку.

2. Гіпертонус матки аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками та токолітиками.

3. Дистрес плода та його загибель.

4. Кровотеча з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути в декількох варіантах: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).

2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.

3. Зовнішнє акушерське дослідження:

- гіпертонус матки;
- матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
- болючість при пальпації;

- ускладнення або неможливість пальпації та аускультації серцебиття плода;

- дистрес плода або його загибель.

4. Внутрішнє акушерське дослідження:

- напруженість плідного міхура;
- забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності з матки.

5. УЗ-діагностика з вимірюванням площі відшарування.

6. Діагностика стану плода (аускультация, УЗДГ, ФКГ).

7. Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, Hb, Ht, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

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

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без придатків. Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легенів плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушерів-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- операції передують амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;

- у разі діагностування матки Кувелера – екстирпація матки без придатків; при необхідності – перев'язка клубових артерій;

- у ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти при повному відкритті шийки матки

- негайна амніотомія, якщо навколоплідний міхур цілий;

- при головному передлежанні плода – накладання акушерських щипців;

- при тазовому передлежанні – екстракція плода за тазовий кінець;
- при поперечному положенні другого з двійні плода та за наявності умов виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарів розтин;
- ручне відділення плаценти та видалення посліду;
- скорочуючі засоби – в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолю (ректально);
- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;
- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

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

РОЗДІЛ 2

Акушерські кровотечі під час пологів

2.1. Розрив матки

Класифікація розривів матки (М. А. Репіна, 1984)

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народження плода;
- при поєднанні морфологічних змін міометрію та механічної перешкоди народженню плода.

2. Насильницький розрив матки:

- чистий (при розроджувальних піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при різних поєднаннях грубого втручання, морфологічних змінах міометрію та механічній перешкоді народженню плода).

II. За клінічним перебігом:

1. Загроза розриву матки.

2. Розрив матки, що розпочався.

3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив матки (такий, що не проникає у черевну порожнину).

2. Повний розрив матки (такий, що проникає у черевну порожнину).

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті матки:

- розрив передньої стінки;
- боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

Група ризику щодо розриву матки під час вагітності та пологів:

- рубець на матці;
- численні аборти, особливо ускладнені запальними процесами матки;
- велика кількість пологів в анамнезі: 5 і більше;
- великоваговий плід;
- патологічне вставлення голівки (лобне, високе пряме стояння голівки);

- патологічне положення плода (поперечне, косе);
- вузький таз;
- вузький таз та збільшена маса плода;
- використання утеротоніків (окситоцин, простагландини) у вагітних: з рубцем на матці, на тлі змін стінки матки, на тлі цілого навколоплідного міхура, при багатоводді, при багатоплідній вагітності, після численних абортів, пологів;
- зміни шийки матки після діатермокоагуляції, кріодеструкції, пластичних операцій;
- пухлини матки, що блокують вихід із малого таза.

Клініка розриву матки

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

1. Надмірна пологова діяльність.
2. Недостатнє розслаблення матки після перейм.
3. Різко болючі перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегмента матки.
4. Болючість при 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 розміщеній голівці плода.
9. набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.
10. Пологова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого таза.
11. Утруднене сечовипускання; при тривалому перебігу пологів: поява крові у сечі.
12. Матка у вигляді «пісочного годинника».
13. Погіршення стану плода.
14. Кров'яністі виділення із порожнини матки.
15. Позитивний симптом Генкель – Вастена.

Розрив матки, *що почався*, при диспропорції між плодом і тазом матері: до симптомів загрози розриву матки додаються нові, спричинені надривом маткової стінки, який проходить через поверхневі шари і не проникає через усю товщу м'язового шару:

- перейми стають різко болючими і мають характер судом;
- із пологових шляхів з'являються кров'яністі виділення;
- збільшується набряклість над лобком;
- у сечі визначається кров;

- серцебиття плода стає приглушеним;
- з'являються активні рухи плода;
- навколоплідні води забарвлюються меконієм. У цих умовах можлива раптова смерть плода.

Розрив матки, *що відбувся*, при диспропорції між плодом і тазом матері Установлення діагнозу розриву матки, що виник, як правило, не утруднене, якщо перед цим спостерігалася типова клінічна картина загрози розриву матки. Скарги у момент повного розриву матки: в жінки виникає сильний різучий біль.

Об'єктивно:

- жінка апатична;
- гикавка, нудота, блювання;
- шкіра бліда;
- частий слабкий пульс;
- холодний піт.

Пальпація живота:

- пологова діяльність припиняється;
- через передню черевну стінку пальпуються дрібні частини плода; - живіт жінки набуває неправильної форми;
- болючість при пальпації;
- симптом Щоткіна—Блюмберга позитивний;
- швидко з'являється і зростає метеоризм унаслідок атонії кишечника;
- перкуторно в черевній порожнині вільна рідина.

При вагінальному дослідженні:

- кровотеча з піхви;
- передлегла частина відходить догори і стає рухомою (як правило плід гине).

У сечі з'являються домішки крові.

Клініка при неспроможності рубця на матці

Загроза розриву матки за наявності рубця під час вагітності

Біль у надчеревній ділянці та/або поперековій ділянці, нудота, можливе блювання, згодом біль унизу живота. Розрив матки, що почався (розповзання рубця), під час вагітності:

- гіпертонус матки;
- дистрес плода;
- болючість матки при пальпації;
- кров'яністі виділення зі статевих органів;
- запаморочення та загальна слабкість.

Диференціальна діагностика розриву матки під час вагітності проводиться з:

- позаматковою вагітністю;
- передчасним відшаруванням нормально розміщеної плаценти;

- кишковою непрохідністю;
- нирковою колікою;
- гострим апендицитом.

Лікування

При загрозі розриву матки чи при розриві матки, що розпочався:

- 1) припинити пологову діяльність (токолітики, глибокий наркоз);
- 2) транспортувати роділлю в операційну;
- 3) розродження – метод вибору кесарів розтин:

- при диспропорції таза та передлеглої частини лише кесарів розтин (особливості КР: обов'язково виводять матку з порожнини таза для детальної ревізії цілісності її стінок);

- при гістопатичному розриві найчастіше застосовують кесарів розтин, проте у випадках опущення (знаходження) передлеглої частини плода у площину вузької частини таза або виходу з тазу можливе розродження через природні пологові шляхи.

Невідкладна медична допомога в разі розриву матки:

1. Оцініть стан пацієнтки. Проведіть АВС-діагностику – оцініть стан дихальних шляхів (А) та дихання (В), циркуляції (С) – АТ, пульс.

2. Викличте телефоном бригаду екстреної медичної допомоги, повідомивши діагноз. Самостійно роділлю не транспортуйте. До усунення ознак шоку, до стабілізації стану пацієнтки (АТ > 100/60 мм. рт. ст.) транспортування протипоказане.

3. Психологічно підтримайте роділлю, поясніть її стан та маніпуляції, що проводяться.

4. Застосуйте правило 3-х катетерів: - забезпечте подачу кисню (10 – 15 л/хв) – за наявності; - катетеризуйте дві периферичні вени катетерами < 316-18; - катетеризуйте сечовий міхур.

5. Надайте роділлі положення на спині з піднятими нижніми кінцівками.

6. Проведіть зігрівання жінки.

7. Терміново розпочніть інфузійну терапію зі швидкістю, що відповідає ступеню тяжкості пацієнтки (р-н Рінгера до 2 л, мета стабілізація АТ > 100/60 мм рт. ст).

8. Проведіть знеболювання доступними засобами (в/в промедол 1–2 мл, димедрол 1 % 1 мл, анальгін 2 мл 50 %).

9. Проведіть забір 20 мл крові для подальшого визначення групи та резус-належності.

10. Спостерігайте за роділлюю, контролюйте показники гемодинаміки та життєво важливих органів (АТ, пульс, шкірні покриви, свідомість).

11. Після прибуття бригади екстреної медичної допомоги виконуйте вказівки лікаря: підготуйте шприци 10 мл, 20 мл, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, в/в катетер, перев'язувальний матеріал, спирт 70 %, рукавички, контролюйте показники гемодинаміки, функції життєво важливих органів.

2.2. Кровотечі у послідовому періоді

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

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

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

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві форми патологічного прикріплення плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adhaerens)* – виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки і зустрічається в середньому в 0,9 % випадків;

- *прирощення плаценти (placenta accrete)* – таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріона досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

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

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

- *повним* – якщо плацента на всій поверхні прикріплена до свого ложа;
- *частковим* – якщо плацента тільки на деяких ділянках має тісний зв'язок з плацентарною площиною.

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

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

2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота – гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;

3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти). Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією

прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

Затримка в матці частин плаценти та оболонок

Причиною затримки в матці частин плаценти та оболонок є недостатня скоротлива активність матки і м'язів черевної стінки. Цьому сприяє переповнення сечового міхура, перерозтягнення матки в разі багатоводдя чи багатоплідної вагітності, передчасні або запізнілі пологи, первинна або вторинна слабкість пологової діяльності, стомлення жінки.

Клінічні ознаки затримки в матці частин плаценти та оболонок

У разі затримки частин плаценти та оболонок в порожнині матки кровотеча розпочинається відразу після народження посліду. При огляді посліду на материнській її стороні можуть виявлятися дефекти плацентарної тканини. Якщо мала місце додаткова частка плаценти, то на плодовій поверхні можна помітити «розірвані судини».

Защемлення плаценти, що відділилася

Причини защемлення плаценти. Защемлення плаценти, що відділилася, може відбуватися за рахунок спазму ділянки трубного кута або вічка шийки матки. Причиною такого стану є нерівномірне скорочення матки внаслідок її грубого масажу, намагання вижимання посліду. Це призводить до судомного скорочення окремих м'язів, нерівномірного відділення плаценти, кровотечі.

Клінічна картина защемлення плаценти. Про защемлення плаценти в шийці матки слід думати у разі, коли кровотеча розпочинається після народження дитини при позитивних ознаках відокремлення плаценти, але без її виділення. При огляді живота в разі защемлення плаценти в трубному куті визначається вип'ячування, відділене перетяжкою від іншої частини тіла матки. В разі защемлення плаценти, в результаті спазму циркуляторної мускулатури внутрішнього вічка, матка набуває форми пісочного годинника. Якщо відбулося відділення плаценти і її затримка в порожнині матки без защемлення, то матка має усі ознаки відділення плаценти.

Акушерська тактика при патології прикріплення, відокремлення або виділення плаценти

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.

2. Випорожнення сечового міхура.

3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.

4. У разі защемлення посліду – зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.

5. У разі затримки частин плаценти або оболонок – ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.

6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі – очікування протягом 30 хв. (у вагітних із групи ризику – 15 хв.) з подальшим ручним відокремленням плаценти та виділенням посліду.

7. При появі кровотечі – термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.

8. Введення утеротонічних засобів – 10–20 ОД окситоцину в/в на 400 мл фізіологічного розчину в/в крапельно.

9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти – лапаротомія, екстирпація матки без придатків.

10. Оцінка величини крововтрати та відновлення величини ОЦК (див. лікування геморагічного шоку).

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Першовагітна 37 років поступила зі скаргами на переймоподібні болі в животі та попереку, що мають тенденцію до зростання, запаморочення, кров'янисті виділення з піхви, посилення рухів плода протягом 6 годин. Об'єктивно: бліда, пульс 100 уд./хв., АТ 160/100 мм рт.ст., генералізовані набряки, в сечі 4 г/л білка. Матка в підвищеному тонусі, болюча, через що частини плода пальпуються нечітко. Серцебиття плода глухе, 170 уд./хв., ритмічне. При внутрішньому дослідженні: шийка матки завдовжки 3 см, вічко закрите. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Виділення кров'янисті, мажучі. Яка найбільш раціональна тактика ведення вагітної?

- A. Терміново розродити операцією кесаревого розтину*.
- B. Призначити гемостатичні препарати та лікування гіпоксії плода.
- C. Провести родостимуляцію з введенням окситоцину.
- D. Проводити лікування прееклампсії.
- E. Призначити токолітичні препарати з метою пролонгування вагітності.

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

Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- B. Неповне передлежання плаценти*.
- C. Розрив крайового синуса.
- D. Розрив варикозно-розширеного вузла піхви.
- E. Повне передлежання плаценти.

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

На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?

- A. Розрив шийки матки.*
- B. Передчасне відшарування плаценти.

- C. Передлежання плаценти.
- D. Розрив матки, що відбувся.
- E. Гіпотонічна кровотеча.

4. При обстеженні вагітної на УЗД встановлено центральне передлежання плаценти. Вкажіть метод розродження.

- A. *Операція кесарів розтин.
- B. Вакуумекстракція плода.
- C. Накладання акушерських щипців.
- D. Консервативним шляхом.
- E. Витягування плода за тазовий кінець.

5. У вагітної раптово почалась кровотеча із статевих шляхів до 200 мл. Вагітність 37 тижнів, положення плода поздовжнє, головне передлежання, голівка над входом у малий таз. При піхвовому дослідженні: канал шийки матки пропускає поперечний палець, у внутрішньому вічку і навколо нього через склепіння пальпується губчата тканина. Назвіть причину кровотечі:

- A. *Передлежання плаценти.
- B. Загроза передчасних пологів.
- C. Передчасне відшарування плаценти.
- D. Ерозія шийки матки.
- E. Низьке прикріплення плаценти.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Обов'язкова

1. Степанківська Г. К. Акушерство / Г. К. Степанківська, О. Т. Михайленко. – К. : Здоров'я, 2000. – 520 с.
2. Фізіологічне акушерство (змістовний модуль) : навчальний посібник для студентів медичних факультетів / [Б. М. Венцківський, В. В. Камінський, В. І. Грищенко та ін.]. – К. : Чайка-Всесвіт, 2008. – 95 с.
3. Акушерство та гінекологія / кол. авт.; за ред. А. М. Громової, В. К. Ліхачова. – Полтава : Полтава, 2000. – 600 с.
4. Акушерство : підручник / кол. авт.; за ред. акад. НАН України В. І. Грищенка, проф. М. О. Щербини. – К. : Медицина, 2009. – 408 с.
5. Акушерство : учебник / [Г. М. Савельєва, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. – М. : Медицина, 2000. – 816 с.
6. Ганич М. М. Фантомне акушерство : навч. посібник для практичних занять з акушерства / М. М. Ганич. – Ужгород, 2000. – 128 с.

Додаткова література

1. Маркін Л. Б. Актуальні питання сучасного акушерства : навчальний посібник / Л. Б. Маркін, О. О. Матвієнко, К. Л. Шатилович. – Львів : Світ, 2008. – 218 с.
2. Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р.
3. Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги в Україні : Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.
4. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р.
5. Про затвердження клінічних протоколів «Акушерські кровотечі»: Наказ МОЗ України № 205 від 24.03.2014 р.

Інформаційні ресурси

1. www.uzhnu.edu.ua – Інформаційний пакет (ESTC).
2. <http://www.moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України.
3. <http://medstandart.net/byspec/9> – Стандарти надання медичної допомоги в Україні.

Навчальне видання

Грищенко Ольга Валентинівна
Козуб Тетяна Олександрівна

**АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ
ПІД ЧАС ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ
ТА У ПОЛОГАХ**

Методичні рекомендації
до практичних занять з акушерства
для здобувачів вищої освіти V курсу
медичного факультету

Коректор *О. В. Анцибора*
Комп'ютерне верстання *Н. Є. Пруднік*
Макет обкладинки *І. М. Дончик*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 0,72. Наклад 100 пр. Зам. № 117/19.

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009

Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна
Тел. 705-24-32