

**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
«ВОЛИНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ»
ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**

**Ігор Неділько
Тетяна Гащишин
Світлана Самусь**

**МЕДСЕСТРИНСТВО
В АКУШЕРСТВІ**

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Навчально-методичний посібник

Луцьк 2022

*Рекомендовано до друку науково-методичною комісією
Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут»
Волинської обласної ради протокол № 6 від 04.01.2022*

Рецензент:

Валецький Ю. М. – д-р. мед. наук, проф., завідувач
кафедри медсестринства КЗВО «Волинський медичний
інститут».

Неділько І. М., Гащишин Т. К., Самусь С. О.

Медсестринство в гінекології. Збірник ситуаційних задач:
навч. – метод. посіб. / КЗВО «Волинський медичний інститут»,
Луцьк. 2022. 90 с.

У посібнику представлені ситуаційні задачі з медсестринства
в акушерстві. Матеріали викладені відповідно до сучасних вимог та
чинних клінічних протоколів. Задачі із розділу фізіологічного та
патологічного акушерства включають типові клінічні ситуації. До
всіх завдань наведені розгорнуті відповіді на запитання.

У збірнику висвітлено обов'язки медсестри і діагностиці та
лікування вагітних, роділь і породіль.

Посібник рекомендовано педагогічним працівникам медичних
закладів фахової передвищої освіти та здобувачам освіти
спеціальності 223 Медсестринство освітньо-професійної програми
Сестринська справа.

УДК 618-051(075.8:072)

Н 42

Неділько І. М.,
Гащишин Т. К.,
Самусь С. О., 2022

Навчальне видання

**Неділько Ігор Михайлович,
Гашишин Тетяна Кирилівна,
Самусь Світлана Олександрівна**

МЕДСЕСТРИНСТВО В АКУШЕРСТВІ

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Навчально-методичний посібник

**Редактор та коректор С. О. Самусь
Технічний редактор Т. В. Холодюк**

Редакція, видавець і виготовлювач –
КЗВО «Волинський медичний інститут»
(м. Луцьк, вул. Лесі Українки, 2, тел. (0332) 72-36-55).

ЗМІСТ

Тема 1. Фізіологія вагітності	3
Тема 2. Пологи. Знеболювання пологів	11
Тема 3. Нормальний післяпологовий період	22
Тема 4. Дистрес плода. Синдром затримки росту плода	24
Тема 5. Неправильні положення плода.....	28
Тема 6. Тазове передлежання плода	34
Тема 7. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза	38
Тема 8. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність	42
Тема 9. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія	46
Тема 10. Невиношування та переношування вагітності.....	52
Тема 11. Аномалії скоротливої діяльності матки	56
Тема 12. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях	60
Тема 13. Акушерські кровотечі. Під час першого триместру вагітності	65
Тема 14. Пологовий травматизм	74
Тема 15. Післяпологові септичні захворювання	79
Тема 16. Оперативне акушерство	85
Використані джерела	90

Тема1. Фізіологія вагітності.

Задача 1.

Вагітна А., 22 років, звернулася до сімейного лікаря 31 травня 2022 року. Скарги на відсутність менструації, ранкову нудоту, відразу до запахів, блювоту до 4-х раз за добу. Остання менструація була 8.03.2022 року. Менструації з 14 років регулярні, через 27 – 28 днів, по 4-5 дні, помірні, безболісні. Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. АТ –100/60 мм рт. ст..Живіт м'який, неболючий при пальпації, симптоми подразнення очеревини відсутні. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Набряки відсутні. При огляді в дзеркалах: шийка матки синюшна, зовнішнє вічко округле, виділення незначі, слизові.Бімануальне дослідження: зовнішні статеві органи розвинені правильно, піхва вільна, матка в антефлексію-верзію, збільшена до розмірів голівки новонародженого, дещо розм'якшена, під час дослідження -ущільнується, додатки без змін.

Завдання

1. Попередній діагноз? Обґрунтуйте його.
2. Перерахувати додаткові методи діагностики вагітності.
3. Визначити термін вагітності та передбачуваний термін пологів.
4. Продемонструвати техніку бімануального дослідження.
5. Роль медсестри в обстеженні пацієнтки?

1.1 Відповідь

1. Діагноз: вагітність 12 тижнів, встановлюється на підставі сумнівних і ймовірних ознак вагітності: відразу до запахів, нудота, блювання, відсутність менструації, ціаноз шийки матки, збільшення тіла матки до розмірів голівки новонародженого.
2. Додаткові методи діагностики вагітності:
 - визначення ХГЛ гормону (хоріонічногогонодотропіну) у сироватці крові та сечі;

- ультразвукове дослідження матки.

3. Визначення терміну вагітності:

- за датою останньої менструації – 12тиж;

- за розмірами тіла матки - 12 тижнів (у 12 тижнів вагітності тіло матки розмірами як голівка новонародженого).

Передбачуваний термін пологів 15.12.22 року. Визначається за датою останньої менструації – 8 березня (від першого дня останньої менструації забирають три місяці та додають 7 днів, або до першого дня останньої менструації додають 280 днів, 39 – 40 тижнів).

5. Оформлення медичної документації, направлень на додаткові дослідження, проведення антропометрії вагітної, підготовка робочого місця до огляду жінки, допомога лікарю при обстеженні пацієнтки.

Задача 2

Вагітна С., 24 роки, звернулася на прийом у жіночу консультацію 18.01.22 року. Анамнез: остання менструація 10 квітня 1921 року. Перше ворушіння плода 28 серпня. Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Живіт овоїдної форми, збільшений за рахунок вагітної матки. Дно матки на середині між мечевидним відростком та пупком. Окружність живота 100 см. При пальпації живота у дні матки пальпується округла, тверда частина плода, що балотує. Із лівої сторони матки пальпуються дрібні рухливі частини плода, справа- гладка, широка поверхня плода. Передлегла частина пальпується у вигляді **м'якої** неправильної форми частини плода, що не балотує. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв, справа вище пупка.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Визначення терміну вагітності за висотою стояння дна матки.
3. Методика зовнішнього акушерського дослідження (прийоми Леопольда)?
4. Роль медсестри в обстеженні вагітної?

1.2 Відповідь

- 1.Діагноз: вагітність 40 тижнів, положення плода поздовжнє, II позиція, тазове передлежання,.
2. Визначення терміну вагітності за висотою стояння дна матки

У **16 тижнів** – дно матки знаходиться на середині між пупком та верхнім краєм симфізу;

У **20 тижнів** - дно матки знаходиться на два поперечні пальці нижче пупка;

У **24 тижні** – дно матки знаходиться на рівні пупка;

У **28 тижнів** - дно матки знаходиться на два поперечні пальці вище пупка;

У **32 тижні** - дно матки знаходиться на середині між мечоподібним відростком та пупком;

У **36 тижнів** - дно матки на рівні мечоподібного відростка;

У **40 тижнів** – дно матки знаходиться на середині між мечоподібним відростком та пупком.

3. Зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда). При пальпації живота у вагітної застосовують послідовно чотири прийоми зовнішнього акушерського дослідження.

Перший прийом дозволяє визначити висоту стояння дна матки та частину плода, що знаходиться біля дна матки. Для цього долоні обох рук розташовують на дні матки, пальці рук зближують і визначають висоту стояння дна матки і частину плода, що знаходиться на дні матки. **Другим прийомом** визначають положення плода, позиції та вид позиції. Обидві руки знаходяться на бічних поверхнях матки. Пальпація частин плода проводиться по чергові то однією, то другою рукою. При поздовжньому положенні плода з одного боку пальпується спинка, а із протилежного-дрібні частини плода (ручки та ніжки). **Третім прийомом** визначають передлеглу частину плода. Для цього правою рукою, розміщеною над симфізом, охоплюють передлеглу частину. Голівка визначається у вигляді щільної круглої частини. При тазовому предлежанні - над симфізом пальпується об'ємна м'яка частина плода неправильної форми, без чітких контурів, що не балотує. **Четвертим прийомом** визначається положення передлеглої

частини плода відносно площини входу у малий таз. Для цього необхідно: повернутися обличчям до ніг вагітної та, поставити пальці правої і лівої руки над симфізом, намагаючись провести їх між передлеглою частиною і лоном (діагностувати положення голівки плода, відносно площини входу в малий таз).

4. Оформлення медичної документації, направлень на додаткові дослідження, проведення антропометрії вагітної, підготовка робочогомісця до огляду жінки, допомога лікарю при обстеженні пацієнтки.

Задача 3

Пацієнтка Б. 37років, звернулася на прийом із скаргами на відсутність менструації протягом 4-х місяців, збільшення ваги, набухання молочних залоз, дратівливість.

Менструації з 14 років, встановилися відразу, по 4-5 дні,через 32дні, неbolючі, помірні. Статеве життя із 24 років.В анамнезі:самовільний викидень в 15 тижнів, передчасні пологи в 32 тижні, стрімкі.

Загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, в легенях дихання везикулярне. Язик вологий, чистий. АТ120/80 мм.рт.ст, пульс76 уд./хв,ритмічний. При пальпації живота визначається матка. Дно матки на середині між пупком та лоном. Матка при пальпації в нормотонусі, не збудлива. С-м Пастернацького негативний з обої сторін. Серцебиття плода не вислуховується. При огляді у дзеркалах: слизові оболонки піхви і шийки матки ціанотичні, зовнішнє вічко закрите. При внутрішньому акушерському дослідженні:тіло матки в гіперан-тефлексії, перешийок розм'якшений, шийка матки щільна, дожиною 3 см, відхилена дозадy. Цервікальний канал закритий. Дно пальпується посередині між пупком і лобковим симфізом. Додатки не визначаються, склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення незначні, слизові.

Завдання

1. Попередній діагноз?

2. Додаткові методи дослідження?
3. Покази до медико-генетичного консультування?
4. Продемонструвати методику огляду шийки матки в дзеркалах.

1.3 Відповідь

1. Вагітність III, 15–16тиж.Обтяжений акушерський анамнез (самовільний викидень у 15 тиж., передчасні пологи у 32 тиж.)
2. Додаткові методи дослідження:
 - ультразвукова діагностика у терміні 18–21тиж. Для виключення вад розвитку і діагностики генетичної патології;
 - АФП у термінах 16–20тиж.;
 - медико-генетичне консультування.
3. Покази до медико-генетичного консультування:
 - вік вагітної 35 років і більше, вік чоловіка 40 років і більше;
 - наявність у одного із подружжя хромосомної перебудови або вади розвитку;
 - наявність в анамнезі дітей із:
 - спадковими хворобами обміну,
 - спадковими хворобами, пов'язаними із статтю,
 - вродженою гіперплазією кори наднирників,
 - вродженими вадами розвитку – ізольованими або множинними,
 - хромосомними захворюваннями,
 - розумовою відсталістю,
 - мертвонародженням;
 - наявність вищезазначеної патології серед родичів;
 - кровнородинний шлюб;
 - звичне невиношування вагітності невстановленого генезу;
 - несприятливі впливи у ранні терміни вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні процедури, прийом медикаментів);
 - ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатовіддя і маловіддя);
 - патологія плода, виявлена при ультразвуковому дослідженні;

- зміна показників скринінгових факторів: РАРР-А, альфа-фетопротеїну, хоріонічного гонадотропіну, естріолу;
- наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язани із професією;
- первинна аменорея, порушення менструального циклу не встановленого генезу;
- сім'ї із непліддям.

Задача 4

Вагітна Л, 43 роки, поступила у пологовий будинок із скаргами на переймоподібні болі внизу живота протягом 8 годин. Термін вагітності при госпіталізації 39 тижнів. Рухи плода відчуває добре. Соматично здорова. Менструальна функція не порушена. Статеве життя із 20 років. Перша вагітність завершилась народженням здорової доношеної дитини в терміні 40 тижнів, масою плода 3200 г. Дві наступні закінчилися штучними абортами в терміні 6-8 тижнів. Дана вагітність не ускладнена. Загальни стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті; пульс 80 уд/хв, ритмічний, АТ - 120/70 мм.рт.ст. (на обох руках). Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, Положення плода поздовжнє, головне передлежання, голівка плода малим сегментом в площині входу у малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 150 уд/хв. Пологова діяльність: 3 перейми по 30 секунд за 10 хвилин. Води не відходили. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка згладжена, тонкі краї, розтяжні, відкриття 4-5 см. Плодовий міхур цілий, при переймах напружується. Голівка у широкій частині малого таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва спереду, нижче за велике. Був поставлений діагноз: Вагітність IV, терміном 40 тижнів, пологи II, термінові, I період пологів, активна фаза. Пологи велися через природні пологові шляхи. Народилася жива доношена дівчинка, з оцінкою по шкалі Апгар – 8-9 балів.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Подальша тактика ведення в акушерському стаціонарі?

3. Яка тактика ведення раннього післяпологового періоду?

1.4 Відповідь

1. Діагноз:, Пологи II, термінові, III-й період пологів, при вагітності IV, терміном 39 тижнів.
2. Активна тактика ведення III періоду пологів. Протягом першої хвилини, після народження дитини, пропальпувати матку для виключення наявності у ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД (2 ампули) окситоцину внутрішньом'язово. Народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину: перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці; покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона. Тримати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. після введення окситоцину); одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти. Під час тракції продовжувати проводити другою рукою контракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона). Якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення. Друга рука залишається над лоном, утримуючи матку; одночасно з наступним сильним скороченням матки повторити тракцію. Після народження плаценти, утримують її двома руками і обережно повертають, скручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз, для закінчення пологів.
3. У ранньому післяпологовому періоді оцінюють стан матері, вимірюють та записують температуру тіла, артеріальний тиск, визначають характер та частоту пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них. Проводять прикладання дитини до грудей матері, якщо немає протипоказів, контролюють стан матки, висоту стояння дна, тонус. Оцінюють загальну крововтрату за пологи загалом. Постійний контроль за

післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки: протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин; протягом третьої години - кожні 30 хвилин; протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин; протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні - один раз на добу. Виконання вправ післяпологової гімнастики.

Тема 2. Пологи. Знеболювання пологів

Задача1

Першовагітна К., 17 років, самотійно звернулась на приймальне відділення пологового будинку із скаргами на перимоподібні болі внизу живота протягом 2-х годин. Термін вагітності по О.М. 38 тижнів. Пологова діяльність – 2 перейми тривалістю 30с за 10 хвилин, регулярні. Загальний стан роділлі задовільний. Шкіра і видимі слизові блідо-рожеві. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Температура тіла 36,7°C; АТ120/80ммрт.ст. частота серцевих скорочень 80 уд./хв. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. ВСДМ – 38 см, ОЖ – 94 см. У дні матки пальпується м'яка, неправильної форми частина плода, зліва - палькується гладка, широка поверхня плода, справа – дрібні рухливі частини плода. Передлегла частина плода- голівка, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв, зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, цервікальний канал відкритий на 2 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз. Стріловидний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, ближче до крижової кістки. Мис недосяжний, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Описати особливості згладжування шийк матки у першородящих та повторнородящих.
3. Описати особливості біомеханізму пологів при задньому виді потиличного передлежання плода.
4. Як часто вислуховується серцебиття плода в латентній фазі І періоду пологів?

2.1 Відповідь

1. Пологи I, термінові, при вагітності 38 тижнів. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання, I позиція, задній вид. I період пологів, латентна фаза.

2. Механізм згладжування і розкриття шийки матки:

- у **першородячої** спочатку розкривається внутрішнє вічко, далі відбувається поступове розширення каналу шийки, який набуває форми лійки, що звужується донизу. У міру розширення каналу, вкорочується і, нарешті, повністю згладжується (розкривається) шийка матки; залишається закритим тільки зовнішнє вічко. Далі відбувається розтягнення і стоншення країв зовнішнього вічка, яке починає розкриватися.

- у **повторнородячої** зовнішнє вічко буває трохи відкритим уже наприкінці вагітності. Воно вільно пропускає кінчик пальця.

У період розкриття у повторнородячих зовнішнє вічко розкривається майже одночасно з розкриттям внутрішнього вічка і згладжуванням шийки матки.

3. Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання.

Перший момент - згинання і опускання голівки плода. Голівка згинається, проходить через малий таз своїм середнім косим розміром (10 см, обвід - 33 см), провідна точка - середина стрілоподібного шва.

Другий момент - внутрішній поворот голівки плода. Починається при переході із широкої частини у вузьку. Потилиця обертається до крижів, а обличчя до симфіза. Завершується поворот голівки на тазовому дні. Стрілоподібний шов переходить в прямий розмір виходу таза.

Третій момент - додаткове згинання голівки плода навколо першої точки фіксації (межа волосистої частини лоба та нижній край лонної дуги). Навколо цієї точки відбувається додаткове згинання голівки. Народжуються лоб, тім'яні горби.

Четвертий момент - розгинання голівки відбувається навколо другої точки фіксації - підпотилична ямка та крижово-куприкове зчленування. Під час розгинання навколо цієї точки, голівка плода народжується.

П'ятий момент - не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання.

4. Вислуховування серцебиття плода у латентній фазі І періоду пологів потрібно здійснювати не рідше, ніж кожні 30 хв. протягом 1хв.

Задача 2

Першовагітна М, 20 років, госпіталізована в акушерський стаціонар в терміні вагітності 40 тижнів. Скарги на переймоподібні болі в животі, що почалися 4 годин тому. Пологова діяльність - перейми по 30 с., 3 за 10хв., регулярні. Анамнез: вагітність перша, не ускладнена. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне. Пульс 80 уд/хв, АТ 120/80 мм.рт. ст. (на двох руках). Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 37 см. Із правої сторони пальпується гладка, широка поверхня плода, в лівій – дрібні частини плода. Над входом у малий таз визначається велика, щільна, частина плода, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв., праворуч нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край тонкий, розкриття 4 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз. Стріловидний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа ближче до симфізу. Мис недосяжний, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Визначте положення, позицію, передлеглу частину плода. Перерахуйте клінічні дані, що підтверджують ваш висновок.
3. Продемонструйте техніку надання акушерської допомоги при передньому виді потиличного передлежання плода.

2.2 Відповідь

1. Діагноз: Пологи I, термінові, при вагітності першій, 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид, головне передлежання. Перший період пологів, активна фаза.

2. При зовнішньому акушерському дослідженні визначаються:

- поздовжнє положення плода, так як з одного боку матки гладка, широка поверхня (спинка плода), з іншої – дрібні частини плода (ручки і ножки).
- II позиція, так як у правій бічній стороні матки пальпується одна гладка, широка поверхня (спинка плода) і серцебиття плода вислуховується праворуч.
- передлегла частина - голівка, тому що над входом у малий таз жінки пальпується кругла щільна і балотуюча частина плода і серцебиття вислуховується нижче пупка.

3. Акушерська допомога при передньому виді потиличного передлежання плода.

Мета акушерської допомоги: попередження пологових травм плода та пологових травм у матері. Медичний працівник стає праворуч від роділлі і починає надавати допомогу із моменту прорізування голівки плода..

I момент. Кисть лівої руки розташовують на лобку, а кінчиками пальців додатково розтягують тканини вульварного кільця. При цьому голівка додатково згинається. Стимує надмірно швидке просування голівки та попереджається передчасне розгинання її. Головка повільно просувається вниз та прорізується.

II момент. Коли потилиця народиться і ділянка потиличної ямки впирається у нижній край симфізу, роділлі забороняють тужитися і із цього моменту, і до виведення голівки. Захоплюють всією лівою рукою голівку дитини і поступово, обережно, її розгинають. У цей момент - правою рукою, знімають із головки новонародженого тканини промежини. Над промежиною народжується чоло, личко та підборіддя. Відразу після народження голівки, перевіряють наявність обвиття пуповиною. Якщо обвиття пуповини є - знімають петлю пуповини, або її послабляють, або пересікають між двома затискачами.

III момент. Із черговою потугою голівка повертається обличчям до лівого, або правого стегна матері. Однією рукою притримують голівку плода, а вказівний палець іншої руки, із боку спинки плода, вводять у пахову западину переднього плічка і роблять ьтракцію дозад, доки переднє плічко не підійде під лобкову дугу. Після цього звільняють заднє плечико. Для цього, однією рукою голівку дитини піднімають допереду, вказівний палець другої руки вводять у пахову западину заднього плічка і роблять тракцію допереду, звільняється заднє плічко. Потім, обома руками охоплюють грудн клітину плода і направляють тулуб допереду, народження нижньої частини тулуба проходить без утруднень.

Задача 3

Роділля С., 23 роки. Термін вагітності 39 тижнів. Пологова діяльність: 4 перейми тривалістю 45 секунд за 10 хвилин, регулярні. Відійшли світлі, прозорі, навколоплідні води. Загальний стан роділлі задовільний, Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 82 уд/хв., ритмічний, АТ120/80 мм.рт.ст. (на обох руках). Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ОЖ-105см, ВСДМ 35см. Положення плода поздовжнє, спинка обернута вліво, передлежить голівка, на один палець вище симфізу. Серцебиття плода 140 уд/хв, зліва, нижче пупка. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що ненароджувала, шийка матки згладжена, відкриття повне. Плодовий міхур відсутній. Крижова западина виповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу недоступна для дослідження. Стрілоподібний шов знаходиться у правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається зліва попереду та нижче.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання?
3. Яким розміром проходить голівка по площинах тазу в пологах, при передньому виді потиличного передлежання?
4. Ведення пологів в ранній фазі II періоду пологів?

2.3 Відповідь

1. Пологи термінові, при вагітності 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, перша позиція, передній вид, головне передлежання. II період пологів, рання фаза.
2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Перший момент - згинання голівки та опускання її у площину входу у малий таз. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної лінії таза, і стає «провідною точкою». Голівка проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

Другий момент - внутрішній поворот голівки. Він здійснюється при переході її із широкої у вузьку частину малого таза і закінчується на тазовому дні. При цьому стрілоподібний шов переходить із косого розміру у прямий розмір площини виходу із малого таза, а мале тім'ячко знаходиться під симфізом.

Третій момент - розгинання голівки. Утворюється точка фіксації між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки.

Четвертий момент - внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот голівки. Після народження голівки плечики плода встеляються в одному із косих розмір площини входу у малий таз. При першій позиції плечики займають лівий косий розмір входу, при другій - правий косий розмір входу у малий таз. При проходженні через площини малого таза відбувається внутрішній поворот плечиків, який закінчується на тазовому дні. Плечики плода встановлюються прямим розміром в прямому розмірі площини виходу таза. При цьому голівка плода повертається до лівого, або правого стегна мами. При першій позиції - до правого, при другій - до лівого. Переднє плечико вступає під лобкову дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу. Точка фіксації – місце прикріплення дельтовидного м'яза до плечової кістки. Навколо точки

фіксації, відбувається згинання тулуба у грудному відділі і першим народжується заднє плечико, потім-задня ручка.

3. При передньому виді потиличного передлежання голівка плода пройде малим косим розміром, який дорівнює 9,5 см. Окружність голівки за цим розміром становить 32 см. Провідною точкою голівки плода, при передньому виді потиличного передлежання є мале тім'ячко.

4. У ранню фазу слід забезпечити рухливість роділлі, а саме: заохотити її до активної поведінки та вільного ходіння. Вертикальне положення жінки та можливість вільно рухатись сприяють збереженню активно ї пологової діяльності та просуванню голівки плода. У ранній фазі, не слід примушувати роділлю тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвим медичним втручанням. Проводять контроль серцевої діяльності плода, шляхом аускультації, кожні 5 хвилин. Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

Задача 4

Роділля С, 33 років, госпіталізована в акушерський стаціонар, у терміні вагітності 39 тижнів, з активною пологовою діяльністю. Через 8 год народила живу доношену дівчинку масою 3100 г, зростом 52 см. Загальний стан задовільний. Шкіра, видії слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд/хв., АТ 120/80 мм.рт.ст. 9 на обох руках).

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Подальша тактика ведення пологів?
3. Продемонструвати активну тактику ведення пологів.

2.4 Відповідь

1. Пологи термінові, при вагітності 39 тиж., III період пологів.
2. Подальша тактика-активне ведення III періоду пологів.
3. Роділля повинна бути поінформована, відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення. **Крок 1:** протягом першої

хвилини після народження дитини - пропальпувати матку, для виключення наявності у ній другого плоду, за його відсутності – ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти препарату. Народження посліду, шляхом контрольованої тракції за пуповину. **Крок 2:** перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці. **Крок 3:** покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку, відводячи її від лона. Тримати пуповину у стані легкого натягнення та дочекатись першого сильного скорочення матки (зазвичай через 2-3 хв. Після введення окситоцину). **Крок 4:** одночасно із сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти. Під час тракції продовжувати проводити другою рукою контракцію, у напрямку протилежно му тракції (тобто-відштовхувати матку від лона). Якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. Контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжувати обережно її утримувати у стані легкого натягнення, друга рука залишається над лоном, утримуючи матку. Одночасно із наступним сильним скороченням матки, повторити тракцію. **Крок 5:** після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз. У випадку обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки, у стерильних рукавичках, та видаляють їх залишки.Проводять масаж матки. **Крок 6:** після народження посліду, негайно-проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. У подальшому пальпують матку кожні 15 хв., протягом перших 2-х годин, щоб упевнитись у тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Задача 5

Роділля М., госпіталізована до пологового будинку із регулярною пологовою діяльністю. Термін вагітності по О. М.- 37 тижнів. Перейми почалися 10 годин тому.Пологова

діяльність – 4 перейми, тривалістю 50 секунд, за 10 хвилин. На момент госпіталізації, скарг не пред'являє. Загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 84 уд/хв, задовільних властивостей. АТ – 135/80 мм.рт.ст. (на обох руках). Живіт збільшений, за рахунок вагітної матки. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 34 см. Попередня вага плода 3000 г. В дні матки визначається велика, неправильної форми, частина плода, що не балотує. Передлегла частина плода - зовнішніми методами не визначається. Серцебиття плода 160 уд/хв, ясне, ритмічне.

Внутрішнє акушерське дослідження: крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу із малого таза, мале тім'ячко спереду, під лоном.

Завдання

- 1.Попередній діагноз?
- 2.Яка максимальна тривалість пологів?
- 3.Яким розміром проходить голівка через площини малого тазу у потиличних передлежаннях?
- 4.Назвіть провідну точку, при потличних передлежаннях.

2.5 Відповідь

1. Пологи термінові, при вагітності 37 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. II період пологів, пізня фаза.
2. Максимальнатривалість пологів у латентній фазі першого періоду пологів 8 год., в активній фазі I пероду пологів - 7 годин. Другий період пологів триває у першонароджуючих 2 години, у повторнонароджуючих 1 годину; третій період – 30 хвилин.
- 3.Провідна точка при передньому виді потиличного передлежання – мале тім'ячко, при задньому виді потиличного передлежання – середина стрілоподібного шва. При передньому виді потиличного передлежання голівка проходить площини малого тазу малим косим розміром – 9,5 см, окружність голівки – 32 см, при задньому виді потиличного перелжання, голівка проходить площини малого тазу середнім косим розміром – 10

см, окружність голівки – 33 см

Задача 6

Роділля С., госпіталізована в акушерський стаціонар з активною пологовою діяльністю, у терміні вагітності 40 тижнів. Через 8 годин після початку пологової діяльності, на висоті однієї із потуг, народила живу доношену дівчинку, вагою 3500 г. Об'єктивно: загальний стан задовільний. АТ - 120/80 мм рт. ст. (на обох руках), пульс 80 уд/хв. Через 10 хв після народження - затискач, накладений на пуповину, опустився на 15 см. Крововтрата 100 мл.

Завдання

1. Попередній діагноз?
3. Визначте тактику ведення третього періоду пологів.
4. Продемонструйте ознаки відділення плаценти.

2.6 Відповідь.

1. Пологи термінові, при вагітності 40 тижнів. III період пологів.
2. Вичікувальна тактика ведення III періоду пологів. Після закінчення пульсації пуповини, перетискають та перетинають пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом роділлі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'янистих виділень. При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують потужитись, що призведе до народження посліду. За відсутності ознак відділення плаценти, протягом 30 хвилин, після народження плода – проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.
3. Зовнішні ознаки відділення плаценти.

Ознака Шредера - після відділення плаценти тіло матки видовжується та відхиляється до правого підребер'я.

Ознака Альфельда - подовження відрізка пуповини на 10-20 см. Після відділення плаценти, затискач виявляється на відстані 10-12 см від статевої щілини.

Ознака Довженка - під час глибокого вдиху, діафрагма опускається, при видиху-діафрагма і матка зміщуються вгору.

Якщо плацента не відокремлена від стінки матки, вона рухається разом із маткою, а разом із плацентою приходить у рух і пуповина, опускаючись при видиху і втягуючись при вдиху.

Ознака Клейна – необхідно попросити роділлю-потужитися. При цьому пуповина, виходить за межі статевої щілини. Якщо після припинення потуги, пуповина не втягується назад, значить плацента відділилась від стінки матки.

Ознака Штрассмана - стоячи збоку від роділлі, необхідно однією рукою взяти пуповину вище накладеного затискача і злегка її стиснути. Другою рукою проводиться легке постукування по дну матки. Якщо плацента ще з'єднана із стінкою матки, то при постукуванні -відмічається пульсація пуповини.

Ознака Чукалова–Кюстнера - ребром долоні натискаємо на передню черевну стінку, у надлобковій ділянці. При невідділеній від стінки матки плаценті - пуповина втягується у піхву. Якщо вона уже відділилась - то не буде рухатись зажим із пуповиною догори, або опуститься донизу.

Тема 3. Нормальний післяпологовий період.

Задача 1

Породілля А., через 1 годину після фізіологічних пологів почуває себе добре. Загальний стан задовільний, шкіра і видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Язик вологий чистий. Температура тіла 36,7°C, пульс 78 уд/хв, задовільних властивостей. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Матка на рівні пупка, округлої форми, щільна, не болюча, контури матки чіткі. Лохії кров'яністі, у невеликій кількості. Загальна крововтрата 350 мл. Сечовиділення вільне.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Особливості ведення післяпологового періоду?
3. Як відбувається інволюція матки у післяпологовому періоді?

3.1 Відповідь

1. Ранній післяпологовий період. Фізіологічний перебіг.
2. У післяпологовому періоді проводиться оцінка стану породіллі. Оцінка загального стану, вимірювання температури, артеріального тиску, частоти пульсу, визначення висоти стояння дна матки, стану молочних залоз, характеру лохій щоденно. Контроль за післяпологовими виділеннями протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин; протягом третьої години - кожні 30 хвилин; протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин; протягом подальшого перебування у післяпологовому відділенні – один раз на добу.
3. Інволюція матки відбувається поступово і залежить від багатьох факторів (величини новонародженого, кількості навколоплідних вод, кількості пологів, грудного вигодовування і ін. факторів). Маса матки одразу після пологів становить близько 1 000 г., наприкінці першого тижня – 500 г., за 2 тиж – 350 г., наприкінці третього тижня – 250 г. На 7–8-й тиждень-маса матки становить 50–60 г., як перед вагітністю.

Упродовж перших 10 днів після пологів дно матки опускається щодня приблизно на 1,5 см і на 10-й день встановлюється на рівні лобка.

Задача 2

Породілля С., 23 років, на десяту добу після фізіологічних пологів почуває себе задовільно. Сарги відсутні. Загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Язик вологий, чистий. Лактація достатня. Температура тіла 36,8°C, пульс 72 уд/хв., задовільних властивостей, АТ 120/80 мм. рт. ст. Живіт м'який, неболючий при пальпації. Симптоми подразнення очревини відсутні, перистальтика збережена. Дно матки - на рівні верхнього краю симфізу, не болюче. Лохії серозні, незначні. Симптом Пастенацього негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення без порушень.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Як змінюється характер лохій у післяпологовому періоді?
3. Як змінюється шийка матки у післяпологовму періоді?

3.2 Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 10 доба. Фізіологічний перебіг.
2. У післяпологовому періоді відбуваються зміни лохій: на 1-3 день- лохії кров`яністі, на 4-6 – кров'янисто-серозні, на 7-9 – серозно-кров'яністі, на 10-12 – серозні, на 13-15 – серозно-слизові, на 16-18 – слизово-серозі, з 19 дня– слизові.
3. Інволюція шийки матки починається із внутрішнього вічка. Відразу після пологів шийка матки вільно пропускає руку акушера. Через 10–12 год після пологів шийка матки пропускає два-три пальці. На 3-й день- канал шийки матки пропускає один палець, а на 8–10-й день –внутрішнє маткове вічко закривається. Зовнішнє маткове вічко закривається тільки до кінця 2–3-го тижня.

Тема 4. Дистрес плода. Синдром затримки росту плода.

Задача 1

Першородяча М, 24 років, госпіталізована в аушерський стаціонар о 19 годині із регулярною активною пологовою діяльністю, задовільним станом роділлі. задовільним станом плода. Термін вагітності по О.М. - 38 тижнів. Перейми почалися 6 годин тому. Діагноз при поступленні: вагіність І, 38 тижнів, положення плода позовне, головне передлежння, І період пологів, активна фаза. О 22 годині відійшли навколоплодові води, зеленкуватого кольору. Пологова діяльність – 3 перейми, тривалістю 35 секунд, за 10 хвилин. Загальний стан задовільний, зріст 166 см, маса тіла 84 кг. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений, за рахунок вагітної матки, овальної форми. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки над лоном 37 см. Ймовірна вага плода 3800 г. Положення плода позовне, зліва пальпується спинка плода, справа дрібні частини плода. Передлегла частина плода – голівка притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 90 уд/хв., приглушене. Піхвове дослідження: піхва жінки, що не народжувала, шийка матки згладжена, краї середньої товщини, відкриття 5 см. Плодовий міхур відсутній. Передлегла частина плода, голівка, притиснута до входу у малий таз. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва допереду, велике тім'ячко - праворуч, ближче до крижової кістки. Визначаються петлі пуповини нижче голівки. Підтікають темні навколоплодові води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які клінічні симптоми, підтверджують діагноз?
3. Який план ведення?
4. Які методи діагностики дистресу плода?
5. Які діагностичні критерії дистресу плода в І періоді пологів?

4.1 Відповідь

1. Діагноз: Пологи І, термінові, при вагітності першій 40 тижнів, положення плода позовне, І позиція, передній вид,

головне передлежання, випадіння петель пуповини, гострий дистрес плода.

2. Клінічні симптоми, що підтверджують діагноз дистресу: брадикадія (90 уд./хв), меконіальні навколоплідні води, випадіння петель пуповини (за даними вагінального обстеження).

3. План ведення пологів-родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.

4. Методи діагностики дистресу плода: аускультация, кардіотокографія, біофізичний профіль плода, доплерометрія пуповинного кровотоку. Діагностичними критеріями дистресу плода у I періоді пологів є: патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.), наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод, зміни КТГ.

Задача 2

Першородяча В., 32 років, госпіталізована в аушерський стаціонар 9 годин тому у терміні вагітності 38 тижнів. Годину тому відійшли навколопородові води та почалися потуги. Загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм.рт.ст. (на обох руках), пульс 80 уд./хв. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. ОЖ – 90 см, ВСДМ – 32 см. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Голівка плода, зовнішніми прийомами, не визначається (у порожнині малого тазу). Серцебиття плода аритмічне, 80 уд./хв, після потуги не вирівнюється. Внутрішнє акушерстке дослідження: відкриття шийки матки повне, крижова западина виповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, Стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу малого тазу, мале тімечко під симфізом.

Завдання.

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення пологів?
3. Які ознаки дистресу плода у II періоді пологів?

4.2 Відповідь

1. Діагноз: Пологи I, термінові, при вагітності 38 тижнів, положення плода поздовжнє, головне передлежання. II період пологів, пізня фаза. Дистрес плода.

2. План ведення пологів-екстренне родорозрішення, шляхом накладання вихідних акушерських щипців.
3. Ознаки дистресу плода у II періоді пологів: тахікардія більше 190 уд/хв, брадикардія менше 90 уд/хв, зміни КТГ. Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

Задача 3

Вагітна В., 42 років, госпіталізована в акушерський стаціонар у задовільному стані із прогресуючою вагітністю, у терміні 33 тиж. В анамнезі первинне непліддя 7 років, самовільне переривання вагітності після ЕКЗ, у терміні вагітності 9 тижнів, самовільний аборт в 12 тижнів вагітності, пологи передчасні у терміні вагітності 26 тижнів. Протягом вагітності: лікування загрози переривання вагітності у 9 тижнів, загрози передчасних пологів у 23 тижні, у терміні 26 тижнів - COVID-19 (лікування в умовах стаціонару, киснева терапія).

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Температура 36,6°C, АТ120/80 ммрт.ст.(на обох руках), пульс 78уд./хв. Живіт збільшений, за рахунок вагітної матки, ВСДМ- 26см, ОЖ-83 см. Матка у нормальному тонусі. Положення плода поздовжнє, у дні матки пальпуються сідниці, передлегла частина плода, голівка, над входом у малий таз, рухома, зліва-пальпується спинка плода, справа – дрібні частини. Серцебиття плода 105 уд/хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки щільна, довжиною 3 см, відхилена до заднього склепіння, цервікальний канал закритий. Через переднє склепіння визначається голівка, при дослідженні - відштовхується. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Проведено: УЗД- розміри плода відповідають терміну вагітності 33 тижні. Біофізичний профіль плода – 5 балів. Доплерометрія пуповинного кровотоку – «нульовий» кровотік в артеріях пуповини.

Завдання

1. Попередній діагноз? Попередній план родорозрішення?
2. Які є методи дослідження для діагностики синдрому затримки росту плода?
3. Які покази до розродження, шляхом операції кесаревого розтину при синдромі затримки росту плода?

4.3 Відповідь

1. Вагітність IV, 33 тиж. Положення плода позовжне, головне передлежання. Синдром затримки росту плода II ступеня. Дистрес плода. ОАА (первинне непліддя, невиношування). Родорозрішення шляхом операції кесаревого розтину.
2. Методи діагностики синдрому затримки росту плода: - визначення висоти стояння дна матки із II триместру вагітності (відставання росту ВСДМ на 2см., або відсутність приросту протягом 2–3 тиж., при спостереженні в динаміці). Ультразвукова фетометрія із 20 тиж. вагітності.
3. Показами до розродження шляхом кесаревого розтину є: критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини, брадикардія у плода менше 100 уд./хв. і зміни КТГ, зміни кровотоку судин пуповини.

Тема 5. Неправильні положення плода.

Задача 1

Вагітна Р., 35 років, термін вагітності по О.М, 38 тижнів. Скарги відсутні. Перенесені захворювання- кір, скарлатина, ГРВІ, хронічний сальпінгофорит. Менструації із 13 років, встановилися відразу, по 4-5 днів, через 28 дні, помірні, не болючі. Статеве життя із 24 років. Перша вагітність у 26 років, закінчилася пологами (вага дитини 3500 г.), друга вагітність у 30 років, закінчилася пологами (вага дитини 4000 г.). Дана вагітність третя. Загальний стан задовільний. Маса тіла 76 кг, зріст 160 см. Патології внутрішніх органів не виявлено. АТ – 120/65 мм рт.ст. (на обох руках), пульс 74 уд/хв. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 108 см., висота стояння дна матки 32 см. Зовнішнє акушерське дослідження: у дні матки відсутня велика частина плода, зліва визначається кругла балотуюча частина плода, справа – частина плода неправильної форми, м'якувата, не балотує, передлегла частина плода відсутня. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 ударів за хвилину, на рівні пупка, зліва.

Запитання

1. Попередний діагноз?
2. Який план ведення вагітності, пологів?
3. Які ускладнення можливі при поперечному положенні плода?
4. Який метод розродження при поперечному положенні плода?

5.1 Відповідь

1. Діагноз: Пологи ІІІ, термінові при вагітності 38 тижнів, Поперечне положення плода, І позиція.
2. План ведення: госпіталізація у стаціонар. Враховуючи поперечне положення плода, показано розродження шляхом операції кесарського розтину.
3. Ускладнення можливі при поперечному положенні плода: раннє вилиття навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, випадіння петель пуповини, запущене поперечне положення плода, пологовий травматизм, інтранатальна

загибель плода, материнська смертність, післяпологові септичні захворювання.

4. Метод розродження при поперечному положенні плода – кесарів розтин.

Задача 2.

Роділля В, 33 років, госпіталізована із регулярною пологовою діяльністю в акушерський стаціонар. На обліку із приводу вагітності не була. Навколоплідні води відійшли 10 год. тому, пологова діяльність почалася 6 год тому. Передбачуваний термін вагітності за датою О.М. - 41 тиждень. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. При зовнішньому акушерському дослідженні: матка сидловидної форми, дно матки плескате, Окружність живота 102 см, висота стояння дна матки – 30 см. Плід нерухомий, щільно охоплений стінками матки. Голівка плода пальпується справа, тазовий кінець зліва. Серцебиття плода невислуховується. Поза межею статевої щілини візуалізується ціанотична набрякла ручка плода, підтікають меконіальні води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Причини запущеного поперечного положення плода?
3. Діагностичні критерії запущеного поперечного положення плода?
4. Які можливі ускладнення пологів при запущеному поперечному положенні плода?
5. Який метод розродження при запущеному поперечному положенні плода?

5.2 Відповідь

1. Пологи термінові, при вагітність 41 тиждень. І період пологів. Запущене поперечне положення плода. Інтранатальна загибель плода. ОАА (необстежена).
2. Запущене поперечне положення плода виникає в пологах, при поперечному положенні плода, після відходження навколоплідних вод та випадінні ручки плода. Плід щільно охоплюється стінками матки. Внаслідок активної пологової

діяльності плечико плода щільно фіксується, вклинюється у малий таз. Плід стає нерухомим та, зазвичай, гине. Пізніше з'являються симптоми загрози розриву матки.

3. Основні клінічні ознаки запущеного поперечного положення плода: а) відходження навколоплідних вод і щільна фіксація плечика плода; б) відсутність рухливості плода у матці; в) перерозтягнення нижнього сегмента матки і наявність кільця скорочення («ретракційного» кільця); г) ручка, що випала, ціанотична, набрякла; д) загибель плода.

4. Ускладнення при запущеному поперечному положенні плода: розрив матки, загибель плода.

5. Метод розродження при запущеному поперечному положенню плода-плодоруїнівна операція.

Задача 3

Першовагітна В., 34 років, госпіталізована в акушерське відділення у терміні вагітності 40 тижнів із скаргами на відходження навколоплідних вод протягом 2-х годин. Пологова діяльність відсутня. Рухи плода відчуває добре. В дитинстві хворіла скарлатиною, вітряною віспою. Менструації із 14 років, по 4-6 днів, через 30 днів, регулярні, неbolючі, помірні, встановилися відразу. Гінекологічні захворювання заперечує, за даними УЗД: тіло матки сідлоподібної форми, у порожнині матки неповна перетинка. Перша вагітність закінчилася штучним абортom без ускладнень, термін 6 тижнів. Друга вагітність самовільним викидним в терміні вагітності 6-7 тижнів. Третя вагітність завершилась народження живого доношеного хлопчика вагою 3500.0 г. Дана вагітність четверта. На обліку, із приводу вагітності, із 9 тижнів. На час госпіталізації: загальний стан задовільний, шкіра і видимі слизові блідо-рожеві, чисті; пульс 80 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей; АТ - 110/70 мм.рт.ст.; температура 36,6°C. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, дещо розширений в поперечному напрямку, висота стояння дна матки 33 см, окружність живота 110 см. При зовнішньому акушерському дослідженні: у дні матки відсутня частина плода, із лівої сторони пал- неправильної форми, м'яка частина

плода. Передлегла частина пода відсутня. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв., зліва на рівні пупка. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 1,5 см. Цервікальний канал прохідний, відкриття 2,5 см. Плідний міхур відсутній. Передлегла частина плода відсутня. Передлежать петлі пуповини. Пульсація якої визначається. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколоплідні води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Який план ведення вагітності, пологів?
3. Визначіть позицію плода?
4. Які можливі ускладнення під час пологів?

5.3 Відповідь

1. Діагноз: вагітність IV, 40 тижнів. Допологове відходження навколоплодових вод. Поперечне положення плода, випадіння петель пуповини. ОАА (аномалія матки-сідловидна, самовільний викидень в 6-7 тижнів вагітності).
2. Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. Плід розміщений у першій позиції: зліва палькується голівка плода, вислуховування плода також зліва на рівні пупка
4. Ускладнення, які можливі в пологах: раннє відходження навколідних вод, випадіння дрібних частин плода, випадіння петель пуповини, дистрес плода, загибель плода, запущене поперечне положення плода, розрив матки, пологовий травматизм матері та плода, післяпологові септичні ускладнення, смерть роділлі.

Задача 4

Повторнородяча Ш., 30 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на переймоподібний біль внизу живота протягом 4-х годин. Термін вагітності по О.М.- 40 тижнів. Рухи плода відчуває добре. Навколоплідні води не відходили. Пологова діяльність - 3 перейми, по 35 секунд, за 10 хвилин. Теперішня вагітність – IV. Перша вагітність- 10 років тому, закінчилася нормальними пологами, вага плода

3400 г., зріст 51 см. Друга вагітність, закінчилася через два роки, після перших пологів штучним абортom у 7-8 тижнів вагітності, без ускладнень. П'ять років тому-другі нормальні пологи, вага плода 3650 г, зріст 52 см. Дана вагітність - четверта. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 76 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей, АТ – 120/70 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 105 см, висота стояння дна матки 30 см. Дно матки сплюснене, матка витягнута у поперечному напрямку. Передлегла частина плода відсутня. Зліва визначається велика частина плода неправильної форми, м'яка. Справа – округла, із чіткими контурами, що балотує. Серцебиття плода вислуховується на рівні пупка, справа, ритмічне, 128 уд/хв. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, край шийки матки стоншений, відкриття 5 см. Плодовий міхур цілий, при переїмах напружується, передлегла частина плода відсутня. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання:

- 1.Попередній діагноз?
- 2.Який план ведення вагітності, пологів?
- 3.Які причини виявленої патології?
- 4.Які методи діагностики виявленої патології?

5.4 Відповідь

1. Діагноз: Пологи ІІІ, термінові, при вагітності 40 тижнів. 1 період пологів, активна фаза. Поперечне положення плода, ІІ позиція.
2. План ведення: родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. Можливі причини виникнення поперечного положення плода: надмірна рухливість плода (багатоводдя, гіпотрофія, недоношеність), двійня (поперечне положення другого плода), багатородящі, обмежена рухливість плода (маловоддя, міома матки), аномалії розвитку матки (дворога матка, сідловидна матка, претинка у порожнині матки), аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).

4. Діагностика поперечного положення плода: поперечно-овальна форма живота, низьке стояння дна матки, при зовнішньому акушерському обстеженні- відсутня частина плода у дні матки, відсутня передлегла частина плода, голівка або тазовий кінець знаходяться зліва або справа, серцебиття вислуховується зліва або справа на рівні пупка, відсутня передлегла частина плода(при внутрішньому акушерському дослідженні), при відходженні навколоплідних вод можна пальпувати плечико або ручку плода.

Тема 6. Тазове передлежання плода.

Задача 1

Вагітна М., 24 років, доправлена в акушерський стаціонар із скаргами на вилиття навколоплідних вод 15 хвилин тому. Пологова діяльність регулярна, активна, протягом 6 годин. При огляді: 4 перейми, тривалістю 50 секунд, за 10 хвилин. В анамнезі: пологів – 3, не ускладнені; аборт – 1, самовільний в 10 тижнів вагітності, післяабортний період- без ускладнень. Загальний стан задовільний, Пульс 78 уд/хв, задовільних властивостей, АТ 120/80 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, овальний. Окружність живота 110 см, висота стояння дна матки 35 см. Зовнішнє акушерське дослідження: у дні матки визначається тверда частина плода, округлої форми, що балотує. Справа – пласката частина плода, а зліва – дрібні частини плода. Над лоном пальпується м'яка, неправильної форми частина плода, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода 90 уд/хв, справа вище пупка.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала. Шийка матки згладжена, розкриття 5 см, плодовий міхур відсутній. Успіхві визначається пульсуюча петля пуповини. Пальпуються сідниці, міжсіднична щілина, крижова кістка плода, що знаходиться справа ближче до крижової кістки роділлі. Міжвертлюгова лінія знаходиться у лівому косому розмірі. Мис недосягається; пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколоплідні води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Подальша тактика ведення пологів?
3. Які ускладнення під час вагітності і пологів можливі при сідничному передлежанні плода?
4. Які є фактори ризику при тазовому передлежанні плода?

6.1 Відповідь

1. Пологи IV, термінові, при вагітності V.I період пологів. Положення плода поздовжнє, II позиція, чисто сідничне передлежання, задній вид. Випадіння петель пуповини. Дистрес плода.
2. Розродження-шляхом операції кесаревого розтину.
3. Ускладнення під час вагітності і пологів при тазовому передлежанні плода: передчасні пологи, передчасне вилиття навколоплідних вод, випадіння петель пуповини і частин плода, формування заднього виду у пологах, закидання ручок плода, закидання голівки, защемлення голівки, дистрес плода.
5. Фактори ризику при тазовому передлежанні плода: аномалії розвитку матки, пухлини матки, вузький таз, зниження тону м'язів передньої черевної стінки, аномалії розвитку плода, мала вага плода, багатоплідна вагітність, передлежання плаценти, багатоводдя, маловоддя.

Задача 2

До пологового будинку поступила повторнородяча А., 26 років, із регулярною пологовою діяльністю у терміні вагітності 40 тижнів. У дитинстві хворіла на грип, кір, перенесла ангіну, бронхіт. Менструації із 13 років, по 3-4 дні, через 28 днів, помірні, безболісні. Перша вагітність 5 років тому, завершилась строковими пологами, не ускладненими, вага плода при народженні 3500 г. Друга вагітність, 2 роки тому – медичним абортom, у терміні вагітності 10 тижнів, без ускладнень. Дана вагітність-третя. Останнє відвідування жіночої консультації 3тижні тому. Загальний стан задовільний, шкіра і видимі слизові блідо-рожеві, чисті, пульс 78 уд/хв, АТ – 120/80 мм рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 96 см, висота стояння дна матки над лоном 32 см. Передбачувана вага плода – 3072 г. Зовнішнє акушерське дослідження: у дні матки пальпується велика, округла частина плода, що балотує, зліва – спинка, справа- дрібні частини плода. Передлегла частина плода у порожнині малого тазу. Серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв. Внутрішнє акушерське дослідження: тазовий кінець виповнює порожнину малого тазу, пальпуються сідниці, крижова кістка, статеві органи. Сідниці

плода в площині виходу малого тазу, міжвертлюгова лінія у прямому розмірі площини виходу малого тазу. Крижова кістка плода зліва.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. План ведення пологів?
3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні?
4. Покази до планового кесарського розтину при тазовому передлежанні?

6.2 Відповідь

1. Пологи III, термінові при вагітність III, 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, I позиція, чисто сідничне передлежання. II період пологів, пізня фаза.
2. План ведення пологів: надається акушерська допомога при чисто сідничному передлежанні, із моменту прорізування сідниць (по Цов'янову -I). Екстракція плода за паховий згин.
3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні:

I момент — внутрішній поворот сідничок. Сідниці своїм поперечним розміром вставляються в один із косих розмірів площини у таз. Першою йде передня сідничка, де і знаходиться провідна точка. Тазовий кінець плода поступово опускається на тазове дно, здійснюючи внутрішній поворот, після завершення якого, міжвертлюгова лінія стає у прямий розмір площини виходу із малого тазу. Передня сідничка прорізується до утворення точки фіксації.

II момент — згинання тулуба у попереково-грудному відділі. Після завершення повороту, у ділянці гребеня клубової кістки плода утворюється точка фіксації, якою тазовий кінець впирається у нижній край симфізу. Навколо неї відбувається сильне бокове згинання тулуба у попереково-грудному відділі. Внаслідок згинання прорізується задня сідничка.

III момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот тулуба. Після народження тазового кінця, у косий розмір площини входу у таз вступають плечики. Спинка плода, у цей час, повертається дещо допереду. Плечики опускаються

на тазове дно, де здійснюється поворот, унаслідок якого плечики стають у прямий розмір площини виходу малого таза.

IV момент — бокове згинання тулуба у шийно-грудному відділі хребта. Після завершення повороту плечиків, утворюється точка фіксації на межі верхньої та середньої третин переднього плечика та нижнім краєм симфізу. Навколо точки фіксації, відбувається згинання хребта у шийно-грудному відділі.

V момент — внутрішній поворот голівки. Голівка вступає стрілоподібним швом у площину входу у таз у косий розмір. При переході і зширокої частини порожнини малого таза у вузьку-розпочинається внутрішній поворот, що завершується у площині виходу із малого таза.

VI момент — згинання голівки. Після утворення точки фіксації у ділянці підпотиличної ямки, відбувається згинання голівки, у результаті якого вона прорізується малим косим розміром.

4. Плановий кесарів розтин проводять за наступними показами:

- очікувана вага плода 3700,0 г. і більше;
- ніжне передлежання плода;
- закидання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Тема 7. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза

Задача 1

Вагітна Ч., 26 років, звернулася на черговий прийом у ж/к , термін вагітності -38 тижнів.Скарги відсутні. Із анамнезу: менструації із 13 років, по 3-4 дні, помірні, безболісні. Вагітність і пологи другі. Перші пологи тривали понад добу і закінчилися народженням мертвого плоду. Вага плода 3100,0г. Теперішня вагітність протікала без ускладнень. Об'єктивно: загальний стан задовільний, АТ 110/60мм. рт. ст. на обох руках, пульс – 68уд/хв., задовільних властивостей. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 98 см. Висота стояння дна матки 34 см. При зовнішньому акушерському дослідженні: у дні матки тазовий кінець, зліва – дрібні частини плода, справа – спинка. Передлегла голівка, над входом у малий таз. Серцебиття плода 150 уд/хв, ритмічне, справа, нижче пупка. Розміри тазу: 25-28-30-17 см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі. Навколоплідні води не відходили.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Який метод розродження?
3. Які можливі ускладнення для матері та плода?

7.1 Відповідь

1. Діагноз: пологи II, термінові, при вагітності II, 38тижнів. Положення плода поздовжнє, II позиція, тазове передлежання плода. Простий плоский таз, II ступеня звуження. ОАА (тривалі пологи і мертвонародження в анамнезі).
2. Метод розродження: із початком пологової діяльності-пологи вести через природні пологові шляхи. У пологах слідкувати за станом роділлі, станом плода, характером пологової діяльності. При формуванні клінічно- вузького тазу-пологи завершити шляхом операції кесарського розтину.
- 3.Ускладнення в пологах: клінічно - вузький таз, пологові травми плода та матері, випадіння петель пуповини, затяжний

II період пологів, низьке поперечне стояння стрілоподібного шва, кровотечі у післяпологовому періоді та ін.

Задача 2

Роділля А., 28 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на відходження навколоплідних вод - 2 години назад. Термін вагітності по О.М. — 40 тижнів. Пологова діяльність активна протягом 4-х годин. Перейми регулярні, 3 перейми за 10 хвилин, тривалістю 30 секунд. Підтікають світлі навколоплідні води. Перша вагітність-2 роки тому, закінчилася своєчасними нормальними пологами, вага дитини 3500 г. Дана вагітність -друга, розвивалася без особливостей. Перейми почалися 4 годин тому, води відійшли за 2 години до надходження у стаціонар. Загальний стан задовільний, Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Температура тіла - 36,6°C. Пульс 90 уд./хв., задовільних властивостей. Дихання через ніс вільне. У легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 102 см., висота стояння дна матки 38 см. У дні матки визначається тазова частина плода. Предлегла частина плода, голівка, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода 140 уд.хв., ритмічне. Розміри тазу: 22-25-28-21 см. Фізіологічні відправлення у нормі.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 1,5 см., розкриття шийки матки 5 см. Плодовий міхур не визначається. Голівка плода у площині входу у малий таз, Стрілоподібний шов у прямому розмірі площини входу в малий таз. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколоплідні води.

Завдання

1. Який попередній діагноз?
2. Який метод розродження у даній ситуації?
3. Назвіть види анатомічно вузького тазу?

7.2 Відповідь

1. Пологи II, термінові при вагітності II, 40 тижнів. Положення плода подовжне, задній вид. головне передлежання. Великий плід. Поперечно- звужений таз 1 ст.
2. Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. До анатомічно-вузьких тазів, які часто зустрічаються, належать: загально-рівномірнозвужений, поперечнозвужений, плоский тази (простий плоский, плоскоракітичний); до рідкісних форм: косозміщений, косозвужений, лікоподібний, кіфотичний, спондилолістетичний, остеомалітичний, таз, звужений екзостозами та кістковими пухлинами.

Задача 3

Роділля П., 28років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на відходження навколоплідних вод протягом 2-х годин. Протягом останніх 30 хвилин відмічає почашений сечопуск. Термін вагітності по О.М. 39 тижнів. Перейми почалися за 2 години до відходження навколоплідних вод. На момент госпіталізації, пологова діяльність – 3 перейми, за 10 хвилин, тривалістю 30 секунд. Із анамнезу:

Менструації почалися із 16 років, перші 2 роки - нерегулярні. Встановилася відразу, тривалістю по 3дні, через 30днів. Перша вагітність завершилась народженням живої дівчинки вагою 3000 г, друга- хлопчика вагою 2700г. Дана вагітність - третя. Протягом вагітності перенесла ГРВІ у терміні 28 тижнів.

Об'єктивно: зріст - 150 см, вага тіла - 55 кг. Температура тіла 36,7° С. Дихання через ніс вільне, У легенях - везикулярне дихання. Набряки відсутні. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, відвислий. АТ 120/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/хв, ритмічний. Зовнішнє акушерське дослідження: окружність живота 104 см, висота стояння дна матки 39 см. Положення плода подовжне, спинка плода зліва, дрібні частини - справа, голівка плода малим сегментом у площині входу у малий таз. Ознака Вастена - сумнівна. Серцебиття плода 140уд/хв, ритмічне, зліва, нижче пупка. Сечовий міхур повний, при спробі вивести сечу відмічено утруднене виведення катетера.

Розміри таза 25–28–31–18см. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, розкриття - повне. Плодовий міхур - відсутній. Голівка малим сегментом у площині входу у малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу у малий таз, ближче до мису крижової кістки, мале тім'ячко - зліва. На передній тім'яній кістці пальпується пологова пухлина. Мис досяжний, діагональна конюгата 11,5 см. Підтікають меконіальні навколоплодові води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які клінічні ознаки підтверджують попередній діагноз?
3. Який план ведення пологів?

7.3 Відповідь

1. Пологи ІІІ, термінові при вагітності ІІІ, 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, І позиція, головне передлежання. Асинклітичне вставлення голівки. Другий період пологів, рання фаза. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Простий плоский таз, І ступінь звуження. Клінічно-вузький таз.
2. Простий плоский таз за результатами вимірювання зовнішніх розмірів таза. Перша ступінь звуження таза - за результатами вимірювання зовнішніх розмірів таза, вимірювання діагональної кон'югати. Асинклітичне вставлення - за результатами внутрішнього акушерського дослідження (відхилення стрілоподібного шва). Клінічно-вузький таз - за даними клінічного обстеження (високе стояння голівки, сумнівна ознака Вастена, великий плід, формування пологової пухлини, почашений сечопуск, наповнений сечовий міхур, утрудненне введення сечового катетера).
3. Родозрішення провести шляхом операції кесарського розтину.

Тема 8. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність.

Задача 1

Повторнородяща А., 32 років, поступила до клінічного пологового будинку із регулярною пологовою діяльністю протягом 5 годин. Навколоплідні води відійшли при поступленні у приймальне відділення, світлі. Пологова діяльність – 2 перейми, по 35 секунд, за 10 хвилин. Із анамнезу: у дитинстві – кір; на протязі життя – ГРВІ. Менструації із 13 років, по 4-5 днів, через 28 днів, помірні, безболісні, встановилися відразу. Статеве життя із 25 років. Перша вагітність 2 роки тому, закінчилася фізіологічними пологамі, у терміні 38 тижнів, вага дитини при народженні 3700 г. Дана вагітність – друга, двійня, біхоріальна, біамніотична. Остання явка в жіночу консультацію два тижні тому в терміні вагітності – 35 тижнів. Від госпіталізації відмовилась. Загальний стан задовільний. Масатіла 78 кг, зріст 160 см. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. АТ – 110/70 мм.рт.ст. Пульс 62 уд/хв., ритмічний. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Оружність живота 118 см, висота стояння дна матки над лоном 38 см. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, великим сегментом у площині входу у малий таз. У дні матки пальпується округлої форми тверда, із чіткими краями частина плода, що балотує. При зовнішньому акушерському обстеженні визначається багато дрібних частин плода. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка, із частотою 136 уд/хв., та вище пупка, із частотою 140 уд/хв. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, край шийки матки тонкий, відкриття 8 см. Плодового міхура немає. Передлегла частина плода – голівка, у широкій частині порожнини малого таза. Стріловидний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко зліва спереду. Підтікають світлі навколоплідні води. Діагноз: Пологи II, термінові, при вагітності 37 тижнів. Двійня. Положення I плоду поздовжнє, головне передлежання. Положення II плоду поздовжнє, тазове передлежання. I період пологів. Після активних потуг першою народилася дівчинка масою 2600 г., завдовжки 46 см., із оцінкою за шкалою Апгар

на першій хвилині 7 балів. Після народження першого плода стан роділля задовільний. АТ-120/70 мм рт.ст. Пульс 90 уд/хв. Положення другого плода поздовжнє, сідничне передлежання; голівка пальпується у дні матки. Серцебиття плода ясне, ритмічне 130 ударів за 1 хвилину. Через 5 хвилин після народження першого плода, виникла кровотеча із статевих шляхів. Стан роділля погіршився. Роділля почала скаржитися на раптову слабкість, головокружіння. Шкіра стала блідою, вкритою холодним липким потом. АТ – 90/60 мм.рт.ст, пульс 104уд/хв. Серцебиття плода ритмічне, дещо приглушене - 110 уд/хв. Піхвове дослідження: відкриття повне, плодовий міхур цілий, напружений. Сідниці плода у вузькій частині порожнини малого таза, міжвертлюгова лінія у правому косому розмірі, крижова кістка ліворуч і ближче до симфізу. Виділення кров'янисті.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика при розродженні другого плода?
3. Які покази до кесарського розтину при багатоплідді?
4. Які ускладнення багатоплідної вагітності?

8.1 Відповідь

1. Діагноз: пологи II, термінові при вагітності 37 тижнів, біхоріальна, біамніотична двійня. Положення першого плода поздовжнє, головне передлежання. Положення другого плода поздовжнє, тазове передлежання. II період пологів. Народження II плода. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Дистрес II плода. Геморагічний шок II-III ст.

3. Покази до кесарського розтину при багатоплідній вагітності: двійня монохоріальна моноамніотична; трійня та більша кількість плодів; зрощені близнюки; поперечне положення першого плода; тазове передлежання першого плода; двійня у поєднанні із рубцем на матці; порушення кровоплину в артерії пуповини; тазове передлежання другого плода, при терміні вагітності 27-29тижнів; двійня дихоріальна діамніотична у терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальна діамніотична у терміні понад 37 тижнів) при незрілості шийки матки; невдала спроба зовнішньо-

внутрішнього повороту другого плода, при поперечному положенні, після народження першого плода; двійня внаслідок допоміжних репродуктивних технологій та відмова від вагінальних пологів.

4. Можливі ускладнення при багатоплідній вагітності: передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, затримка внутрішньо утробного розвитку, дистрес плода або плодів, загибель одного із плодів, дискордантний розвиток одного з плодів, раннє приєднання прееклампсії, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, після народження першого плода; при монохоріальній двійні-синдром фето-фетальної трансфузії, при монохоріальній та моноамніотичній двійні – зрощення плодів, сплутування пуповин.

Задача 2

Вагітна В., 25 років, госпіталізована у гінекологічне відділення міської лікарні із скаргами на кров'яністі виділення із дрібними міхурцями. Рухи плода вагітна не відчуває. Термін вагітності за даними О. М. – 20 тижнів. З анамнезу: на обліку із 9 тижнів вагітності. Протягом вагітності не обстежувалась. Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд/хв, ритмічний, АТ 110/70 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Висота стояння дна матки - 28 см, окружність 82 см. Матка м'яка, частини плода не пальпуються. Серцебиття плода не вислуховується.

Завдання

1. Попередній діагноз? Обґрунтування?
2. Перерахуйте додаткові методи дослідження, які уточнюють діагноз.
3. Які є види міхурцевого занеску?
4. Яка тактика ведення пацієнтки? Роль медсестри?

8.2 Відповідь

1. Вагітність 20 тижнів. Міхурцевий занесок. Попередній діагноз підтверджують: клінічні ознаки (кров'яністі виділення із бульбашками, значне збільшення

розмірів матки, що перевищує даний термін вагітності, відсутність достовірних ознак вагітності).

2.УЗД, тест на хоріонічний гонадотропін.

3. Повний міхурцевий занесок- характеризується зміною тканини всього трофобласта, відсутністю нормальних ембріональних і плацентарних тканин.

Частковий міхурцевий занесок – може містити нежиттєздатні елементи плацентарної й ембріональної тканини, при частковій наявності ворсин хоріона.

Деструктивний (інвазивний) міхурцевий занесок – рідкісна форма захворювання, коли ворсини хоріона проростають у сусідні тканини (всі шари стінки матки, піхву, органи черевної порожнини).

4. Тактика лікування хворих із міхурцевим занеском- вишкрібання порожнини матки, гістологічне дослідження видалених тканин. Медсестра бере участь в обстеженні і лікуванні хворої (готує кабінет, робоче місце, інструменти для огляду; заповнює мед. документацію і направлення на додаткові дослідження; готує малу операційну, робоче місце і інструменти для вишкрібання; асистує лікарю;готує матеріал для гістологічного дослідження і відправляє його у лабораторію; виконує призначення лікаря; проводить огляд пацієнтки після операції).

Тема 9. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.

Задача 1

Вагітна М., 20 років, госпіталізована в аушерський стаціонар із скаргами на погіршення загального стану, швидку втомлюваність, блювання до 20 разів на добу, втрату ваги, підвищення температури до $37,1^{\circ}\text{C}$. Термін вагітності по О. М. - 7 тижнів. На протязі життя перенесла захворювання: кір, відтряна віспа, ГРВІ. Менструації із 14 років, регулярні, по 5 днів, через 27-30 днів, безболісні, помірні. Анамнез захворювання: три тижні тому з'явилися нудота, блювання на протязі дня. Втрата ваги за цей час склала 3 кг. Два дні назад відмічає підвищення температури тіла до $37,0-37,2^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: загальний стан порушений, шкіра, видимі слизові бліді, сухі. Тургор шкіри знижений. Вага 54 кг, зріст 160 см. Температура тіла $37,3^{\circ}\text{C}$. АТ -90/60 мм.рт. ст., пульс 90 уд/хв. Дихання через ніс вільне. У легенях везикулярне дихання. Язик сухий, на поверхні- білий наліт. Живіт м'який, не болючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Бімануальне дослідження: матка збільшена до 7-8 тижнів вагітності, при пальпації скорочується. Придатки матки не визначаються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення незначні, слизові.

При дослідженні крові виявлено: Нb—100г/л, лейкоцити - $11 \cdot 10^9/\text{л}$; еритроцити - $3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; білок загальний—70г/л.

В аналізі сечі: ацетон (+++), гіалінові і зернисті циліндри, про- теїнурія - 1,5г/л.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження можна використати для дообстеження хворої? Роль медсестри?
3. Яка тактика ведення вагітності? Роль медсестри?
4. Які ускладнення можливі у вагітної із тяжким блюванням?
5. Які покази до переривання вагітності?

9.1 Відповідь

1. Вагітність 7-8 тиж. Блювання вагітних, III ступінь із порушенням обміну.
2. Пацієнтці призначають: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі; УЗД органів червної порожнини, малого тазу. Медсестра пише направлення на лабораторні дослідження, УЗД; допомагає лікарю проводити УЗД, пише заключення; робить забір крові.
3. Після клініко-лабораторного обстеження, буде вирішуватись питання про переривання вагітності, у зв'язку із можливим порушенням обміну речовин. Одночасно буде проведитись інфузійна терапія, відновлення об'єму циркулюючої крові, корекція електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги. Лікування призначає лікар, медсестра виконує призначення.
4. Ускладнення у вагітних жінок із важким блюванням: жирова дистрофія печінки, печінково-ниркова недостатність, порушення роботи ЦНС, в окремих випадках - материнська смертність.
5. Покази до переривання вагітності при важкому блюванні: неефективність проведеної терапії, стійка субфебрильна температуратіла, стійка тахікардія, прогресуюче зниження маси тіла, протеїнурія, циліндрурія, жовтяниця протягом 7-10 діб.

Задача 2

Першовагітна В., 32 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на головний біль, головокружіння, миготіння «мушок» перед очима, підвищення АТ до 170/100-110 мм.рт.ст. Термін вагітності по О. М. - 40 тижнів. Рухи плода відчуває добре. Загальний стан порушений. Шкіра, видимі слизові бліді, чисті. АТ- 170/110 ммрт. на обох руках, пульс 80 уд/хв. Відмічається заложеність носа. У легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 38 см. Положення плода поздовжнє, спинка справа, передлегла частина плода- голівка, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне,

вислуховується справа нижче пупка. Генералізовані набряки. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки довжиною до 1,0 см, м'яка; цервікальний канал пропускає один поперечний палець. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка плода, притиснута до входу у малий таз. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження потрібно провести вагітній?
3. Яка тактика після поступлення хворої у стаціонар?
4. Які діагностичні критерії важкої прееклампсії?

9.2 Відповідь

1. Вагітність I, 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, друга позиція, головне передлежання. Прееклампсія III ст.
2. Лабораторні обстеження: загальний аналіз крові з тромбоцитами, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма;

Інструментальні обстеження: ультразвукова фетометрія, доплерометрія артерії пуповини, біофізичний профіль плода, реєстрація ЕКГ, УЗД нирок (за показаннями), КТ головного мозку (за показаннями).

3. Вагітну потрібно госпіталізувати у реанімаційне відділення. Призначається лікування. **Лікувально-охоронний режим. Антигіпертензивна терапія** - урапідил 10-25 мг препарату. в/в повільно під контролем АТ протягом 2-4 хв. Зниження АТ спостерігається протягом 5 хв. Після ін'єкції. Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм рт.ст. **Протисудомна терапія.** Початкова доза: 16 мл 25% розчину (4 г) магнію сульфат + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію ввести протягом 10-15 хв. в/в повільно. Підтримувальна доза: введення магнію сульфату в/в крапельно (розчиняють таким чином: 30 мл 25 %-го розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію; отриманий розчин магнію сульфату необхідно вводити через допоміжну лінію крапельниц і паралельно інфузійній терапії).

Швидкість введення розчину підбирають згідно із станом вагітної. Розродження жінок із важкою прееклампсією, після 37 тижнів – лише у закладі, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

Роль медсестри-виконувати призначення лікаря, контроль стану вагітної; підготовка до кесарського розтину; огляд і догляд за новонародженим після відділення від пуповини.

4. Діагностика важкої прееклампсії: важка гіпертензія (САТ ≥ 160 або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст.), протеїнурія, або гіпертензія будь-якого ступеня важкості, одини, чи більше із наступних симптомів:сильний головний біль, порушення зору, набряк диска зорового нерва, біль у епігастральній ділянці, нудота, блювання, біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки, підвищені сухожилкові рефлексі, генералізовані набряки, олігоурія,кількість тромбоцитів нижче $100 \times 10^9/л.$, підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та, або АЛАТ > 70 МО/л), затримка росту плода.

Задача 3

Повторновагітна М., 30 років, госпіталізована екстренною медичною допомогою в акушерський стаціонар, із скаргами на головний біль, біль в епігастральні ділянці, погіршення зору, підвищення АТ до 180/110-115 мм.рт.ст, зниження рухової активності плода. На обліку із приводу вагітності- у сімейного лікаря. Термін вагітності по О.М.- 35 тижнів. Із 30 тижнів -прееклампсія І ст. На протязі життя хворіла: ГРВІ, хронічним сальпінгоофоритом. Менструації із 13 років, по 4–5 днів, через 28 днів, помірні, не болючі. Вагітність третя. Перша вагітність закінчилась самовільним викиднем у 12 тижнів, друга- пологами у 39 тижнів та народженням живого доношеного хлопчика вагою 3500,0 г. Протягом останнього тижня відмічала появу набряків на ногах, останні два дні- виражені набряки (живіт, руки, обличчя) та підвищення АТ до 140/90-100 ммрт.ст. До лікаря не зверталась. Загальний стан порушений, АТ-180/110,

175/115ммрт.ст., пульс 80 уд/хв, анасарка. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Положення плода поздовжнє, передлежать сідниці, над входом у малий таз. Серцебиття плода, 150 уд/хв, приглушене, ритмічне, вислуховується справа вище пупка. Раптово вагітна втратила свідомість, з'явилися тоніко-клонічні судоми, апное.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка подальша тактика ведення вагітної?
3. Яка невідкладна допомога у разі еклампсії?
4. Які методи розродження при еклампсії?

9.3 Відповідь

1. Вагітність III, 35 тижнів. Положення плода поздовжнє, друга позиція, тазове передлежання. Еклампсія.
2. Подальша тактика ведення вагітної: ліквідація судом, гіпотензивна терапія, екстрене розродження шляхом операції кесарського розтину.
3. Невідкладна допомога у випадку еклампсії. Допомога надається на місці. Спочатку потрібно зафіксувати час та покликати лікарів до хворої, обов'язково – чергового лікаря, реаніматолога.

Захистити жінку від пошкоджень.

Підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магінію сульфату для болюсного введення.

Покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці, або із зміщенням матки вліво.

Забезпечити подачу кисню (100% кисень із швидкістю 8-10 л за 1 хв.), оцінити дихання після нападу судом, за умови розвитку тривалого апное розпочати примусову вентиляцію легень.

Після нападу негайно розпочати терапію магінієм сульфату, 4 г (16 мл 25% р-ну + 34 мл 0,9% розчину хлориду натрію) упродовж 5 хв. в/в, потім продовжувати по 1–2 г/год. Якщо напад повторюється, внутрішньовенно вводять ще 2 г (8 мл 25% розчину) протягом 3-5 хвилин.

Якщо ДАТ залишається >110 мм рт.ст., проводять антигіпертензивну терапію одним із препаратів – урапідил, ніфедипін, клонідин, гліцеролу тринітрат.

Всі призначення робить бригада лікарів(у складі якої є реаніматолог), погодинно. Введення засобів здійснює середній мед. працівник, згідно листка призначень, разом із лікарем. А також допомагає у проведенні реанімаційних заходів, спостереженні за станом хворої, робить записи у мед. документацію.

4. Метод розродження при еклампсії- невідкладне розродження, після нападу судом. Метод розродження після нападу еклампсії під час вагітності, або у першому періоді пологів – кесарів розтин. Розродження має бути здійснене незалежно від терміну гестації.

У випадках розвитку нападу еклампсії у другому періоді пологів –можливе використання акушерських щипців.

Тема 10. Невиношування та переношування вагітності.

Задача 1

Першовагітна К., 32 років, госпіталізована у стаціонар у терміні вагітності 28 тижнів, із скаргами на ниючі болі внизу живота, протягом 4-х днів. Навколоплідні води не відходили. Рухи плода відчуває добре. Пульс 76 уд/хв, задовільних властивостей, АТ 90/60 мм рт. ст.(на обох руках). Загальний стан задовільний, шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне. У легенях дихання везикулярне. Язик вологий чистий. Молочні залози м'які, ареоли чисті. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 82 см, висота стояння дна матки 28 см. Матка тонізована, при пальпації збудлива. Положення плода поздовжне, спинка зліва, передлегла частина плода- голівка, розміщена низько, обмежено рухома. Серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв., вислуховується зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення у нормі.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки центрована, розм'якшена, довжиною 2 см., зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Через переднє склепіння визначається голівка, при дослідженні відштовхується. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Виділення незначні, слизові.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення вагітності при загрозі передчасних пологів?
3. Які покази до токолізу, особливості проведення?
4. Яка профілактик респіраторного дистрес-синдрому?

10.1 Відповідь

1. Пологи І, термінові при вагітності 28 тижнів. Положення плода поздовжне, І позиція, головне передлежання. Загроза передчасних пологів.

2. При загрозі переривання вагітності жінку госпіталізують у стаціонар. Токолітична терапія призначається на срок 48 годин, антенатальна профілактика РДС плода глюкокортикоїдами.

3. Токолітична терапія проводиться блокаторами кальцієвих каналів (ніфедипін 10 мг сублінгвально, кожні 15 хв, упродовж першої години, до припинення переймів, потім — по 20 мг, тричі на добу, у залежності від маткової активності. Якщо передчасні пологи прогресують — токоліз відмінюють. Далі пологи ведуться згідно партограми.

4. Профілактика РДС плода, при загрозі передчасних пологів, в/м вводять дексаметазону по 6 мг, кожні 12 годин, на курс 24мг; чи бетаметазону по 12мг, кожні 24 години, на курс 24 мг.

Задача 2

Вагітна А., 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на переймоподібні болі внизу живота, протягом 4-х годин, відходження навколоплідних вод за 6 годин до появи пологової діяльності. Рухи плода відчуває добре, але відмічає зниження рухової активності плода. Пологова діяльність – 3 перейми, по 35 секунд, за 10 хв. На протязі життя хворіла ГРВІ, хронічним сальпінгоофоритом. У дитинстві- вітряною віспою. Менструації із 13 років, встановилися одразу, регулярні. Статеве життя із 24 років. Вагітність перша, термін по О.М.-43 тижні. На обліку, із приводу вагітності не була. Загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті, температура - 36,6° С, АТ 120/70 мм.рт.ст. на обох руках, пульс 78 уд/хв, задовільних властивостей. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота – 95 см, висота стояння дна матки – 37 см. Положення плода поздовжнє, спинка плода справа, передлегла частина плода- голівка, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода 90 уд/хв, справа нижче пупка. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки розташована по центру, згладжена, відкриття маткового зіву 4 см. Плодовий міхур відсутній. Передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз, стрілоподібний шов у лівому

косому розмірі, мале тім'ячко справа ближче до симфізу. Кістки черепа щільні, слабо виражений стрілоподібний шов, мале тім'ячко вузьке. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у порожнині малого таза не виявлено. Підтікають меконіальні навколоплідні води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка подальша тактика ведення?
3. Які покази до індукції пологової діяльності?
4. Які основні ускладнення при переношеній вагітності?

10.2Відповідь

1. Пологи І, термінові, при вагітності 43 тижні. Положення плода поздовжнє, Позиція, передній вид, головне передлежання. І період пологів, активна фаза. Допологове відходження навколоплідних вод. Дистрес плода.
2. Розродження жінки проводять шляхом операції кесарського розтину.
3. Покази до індукції пологової діяльності при переношеній вагітності: термін вагітності 42 тижні і більш, стан плода за біофізичним профілем 7 – 8 балів та більше, зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа, відповідність розмірів плода і таза матері, відсутність плідного міхура (амніотомія).
4. Які ускладнення можливі при переношеній вагітності: аномалії пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, дистрес плода, клінічно вузький таз, пологовий травматизм матері, кровотечі у пологах та післяпологовму періоді, післяпологові септичні захворювання.

Задача2

Вагітна М., 30 років, поступила із скаргами на кров'яністі виділення із статевих шляхів. Вважає себе хворою протягом 2 днів, коли почалися тянучі болі внизу живота. Дві години назад болі посилились і стали переймоподібними. Одночасно з'явилися кров'яністі виділення із статевих шляхів. Остання менструація 3 місяці назад Загальний стан задовільний, шкіра,

видимі слизові блідо-рожеві, чисті, АТ -110/70 мм.рт.ст. Живіт м'який, неболючий, приймає участь в акті дихання. Симптом подразнення очеревини відсутні. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Набряки відсутні. В дзеркалах: піхва виповнена згустками крові, шийка матки ціанотична, у ділянці зовнішнього вічка візуалізуюються оболонки плодового яйця. Біануальне обстеження: піхва вільна, матка збільшена до розмірів голівки новонародженого, шийка матки вкорочена, центрована, цервікальний канал пропускає 1 п/п. В каналі визначається плодовий міхур, який при переймах напружується.

Завдання

- 1.Попередній діагноз?
- 2.Яка подальша тактика ведення вагітності?
- 3.Роль медсестри?

10.2 Відповідь

1. Вагітність терміном 12 тижнів. Аборт в ходу.
2. У даному випадку проводять вакуум-аспірація, або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку, під знеболенням. Паралельно лікування, спрямоване на стабілізацію гемодинаміки, у залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.
3. В обов'язки медсестри входить підготовка до обстеження пацієнтки, асистенція лікарю при огляді жінки, підготовка до операції вишкрібання порожнини матки, асистенція , під час втручання, підготовка і відправлення на патгістологічне дослідження матеріалу вишкрібу (залишків плода). Виконання призначень лікаря, спостереження за станом жінки.

Тема11. Аномалії скоротливої діяльності матки.

Задача 1

Вагітна Л., 32 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на відходження навколоплідних вод , 9 годин назад, та переймоподібні болі внизу живота, 5 годин тому. Термін пологів по О.М. - 39 тижнів. Пологова діяльність активна, монотонна, слабка – дві перейми тривалістю 25 секунд за 10 хвилин. Рухи плода відчуває добре. Загальний стан задовільний. Шкіра і видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд/хв, ритмічний, АТ 120/80 мм.рт.ст. на обох руках. Патологічних змін із сторони внутрішніх статевих органів не виявлено. Менструації із 13 років, регулярні, встановилися відразу, по 4 дні, через 28-30 днів, помірні, неболючі. У шлюбі- три роки. Дана вагітність друга. Попередня вагітність завершилась народженням живого переносеного плода масою 3200 г., у терміні вагітності 43 тижні. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота - 105 см, висота стояння дна матки – 38 см. Положення плода поздовжнє, спинка плода справа, дрібні частини плода зліва. Передлегла частина пода, голівка, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв., ритмічне, справа, нижче пупка. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала; шийка матки вкорочена до 0,5 см, відкриття шийки матки 3 см. Плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Передлегла частина плода, голівка, притиснута до входу у малий таз. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до симфізу. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Діагноз при поступленні: пологи II, термінові, при вагітності II, 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, друга позиція, головне передлежання. I період пологів, активна фаза. Допологове відходження навколо плідних вод.

Через 4 години пологова діяльність – 3 перейми, тривалістю 35 секунд, за 10 хвилин. Проведено друге внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 4 см. Голівка плода

малим сегментом у площині входу у малий таз. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до симфізу. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не вивлено. Підтікають світлі навколопороді води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Який подальший план ведення пологів?
3. Які причини слабкості пологової діяльності?

11.1 Відповідь

1. Пологи II, термінові, при вагітності II, 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, II позиція, головне передлежання. I період пологів, активна фаза. Первинна слабкість пологової діяльності. Допологове відходження навколоплідних вод. Безводний проміжок 13 годин.
2. Подальша тактика – це пологопосилення, шляхом введення окситоцину. Для цього 5 ОД окситоцину розчиняють у 500 мл фізіологічного розчину. Початок введення зі швидкістю 6–8 кр./хв. При досягненні ефекту, через 30 хв., швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту, швидкість введення збільшують кожні 30 хв. на 6 крапель. Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крап./хв. Критерієм досягнення активної пологової діяльності є наявність 4–5 маткових скорочень за 10 хв. тривалістю 40–50 с.
3. Причинами слабкості пологової діяльності можуть бути: інфантилізм та вади розвитку матки, дегенеративні зміни м'язів матки (запальні захворювання, численні аборти, або пологи; пухлини матки), запальні захворювання, патологічний прелімінарний період, переношена вагітність.

Задача 2

Роділля В., 32 роки. Вагітність перша, пологи перші, термін вагітності по О.М. - 40 тижнів. Жінка знаходиться у пологовій залі, з активною пологовою діяльністю. Через 10 годин активної пологової діяльності, відійшли світлі навколоплідні води, при повному розкритті шийки матки.

Через 50 хвилин -пологова діяльність різко ослабла (2 потуги, тривалістю 30 секунд, за 10 хвилин). Рухи плода відчуває добре. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові білдо-рожеві, чисті. Дихання везикулярне у легенях. Пульс 78 уд./хв., ритмічний, АТ- 120/80 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 35 см (попередня вага плода – 3500 г.). Положення плода поздовжнє, спинка плода зліва, дрібні частини плода справа, передлегла частина - голівка, на 3 п./п. вище лона (на тому ж рівні). Серцебиття плода ясне, ритмічне, 126 уд./хв. Розміри тазу: 25-28-30-20 см. Внутрішнє акушерське дослідження: відкриття повне, край шийки матки не визначається, плодовий міхур відсутній. Голівка плода у широкій частині малого таза, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, ближче до симфіза. Мис на досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколоплідні води.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення пологів?
3. Яким чином визначається характер пологової діяльності?
4. Які є методи оцінки пологової діяльності?

11.2 Відповідь

1. Пологи І, термінові при вагітності І, 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, перша позиція, передній вид. ІІ період пологів. Вторинна слабкість пологової діяльності.
2. У даній ситуації проводять стимуляцію пологової діяльності, шляхом ведення окситоцину (5 ОД окситоцину розвести у 500,0 мл ізотонічного розчину, вводити в/в повільно із початковою швидкістю 6-8 кр/хв).
3. Характер пологової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів: динаміки маткових скорочень, динаміки розкриття шийки матки, динаміки просування передлеглої частини плода пологовим каналом.
4. Методи оцінки характеру пологової діяльності: оцінка скоротливої діяльності матки (суб'єктивне відчуття роділлі; пальпація матки і визначення частоти, і тривалості переймів та

потуг); зовнішня КТГ, гістерографія; оцінка стану шийки матки: висота контракційного кільця, вагінальне дослідження; динаміка просування передлеглої частини плода (зовнішнє та вагінальне дослідження).

Тема 12. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях

Задача 1

Першовагітна Л., 23 років, скаржиться на появу, протягом останнього місяця, загальної слабкості, швидку втомлюваність. Термін вагітності по О.М.- 34 тижні. Рухи плода відчуває добре. Загальний стан задовільний, шкіра бліда, чиста. Пульс 90 уд./хв., задовільних властивостей. АТ- 90/60 мм.рт.ст. Дихання через ніс вільне, у легенях- везикулярне. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Матка при пальпації в нормотонусі, не збудлива. Положення плода поздовжнє, спинка плода пальпується справа, дрібні частини зліва. Передлегла частина плода- сідниці, над входом у малий таз, рухома при обстеженні. Серцебиття плода ритмічне, 150 уд./хв., вислуховується справа вище пупка.

Загальний аналіз крові: Нb - 80 г./л., еритроцити - 3,1 г./л., лейкоцити - 7,4 г./л., кольоровий показник - 0,84, ШОЕ - 34 мм./год.

Загальний аналіз сечі: відносна щільність - 1010, реакція - слабо-кисла, білок - не виявлено, цукор - відсутній, еритроцити - відсутні, лейкоцити - 1-2 у полі зору.

Завдання

1. Який попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення вагітності?
3. Критерії важкості анемії за рівнем гемоглобіну?
4. Фактори ризику залізо-дефіцитної анемії у вагітних?

12.1 Відповідь

1. Вагітність І, 32 тиж. Положення плода поздовжнє, ІІ позиція, передлежання сідничне. Анемія вагітних ІІ ступеня.
2. У випадку анемії призначається консервативне лікування: дієтотерапія (телятина, курятина, печінка, телячий язик, вівсяна, гречана каші, білі гриби, горох, квасоля, шпинат, буряк, родзинки, мигдаль, узвар із сухофруктів тощо), залізовмісні препарати(тардіферон, сорбіфер, фенюльс і ін.), вітаміни, фолієва кислота.

3. Легкий ступінь — Нб 109–90 г./л., середній ступінь — Нб 89 – г./л., тяжкий — Нб 69–40 г./л., вкрай тяжкий — Нб менше 40 г./л.

4. Фактори ризику виникнення анемії: неповноцінне харчування; гіперполіменорея; інтервал між пологами менше 2 років; багатоплідна вагітність; кровотечі під час вагітності; стан після резекції тонкого кишківника, синдром мальабсорбції, постійний прийом антацидних препаратів; туберкульоз; паразитарні та глистні інвазії.

Задача 2

Першовагітна Л., 42 роки, у терміні гестації 9 тижнів консультована у перинатальному центрі. Скарги на загальну слабкість, швидко втомлюваність, задишку, серцебиття, періодично- болі у ділянці серця, знижену працездатність. Відмічає погіршення самопочуття, орієнтовно, із 5-6 тижнів вагітності. За даними ЕКГ – миготлива аритмія. Консультована кардіологом, заключення: Мітральний стеноз. Згальний стан задовільний. Шкіра і видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 100 уд./хв., аритмічний, АТ 90/60 мм.рт.ст. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Частота дихання – 16 за 1 хвилину. Живіт неболючий, приймає участь в акті дихання.

Огляд в дзеркалах: слизова піхви та шийка матки ціанотична. Шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко округле. Виділення незначні, слизові. Бімануальне дослідження: піхва не родившої. Тіло матки в anteflexio anteverasio, збільшене до 9 тижнів гестації, шийка матки довжиною 3 см, щілька, церві кальний канал закритий. Придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення пацієнтки? Яка роль медсестри?
3. Які можливі ускладнення вагітності при захворюваннях серця?

12.2 Відповідь

1. Вагітність I, термін вагітності 9 тижнів. Мітральний стеноз. Миготлива аритмія.
2. У даній ситуації рекомендують переривання вагітності за медичними показаннями. Медсестра заповнює медичну документацію, направлення на додаткові дослідження, бере участь в обстеженні вагітної, асистує лікарю. Готує жінку до переривання вагітності; готує малу операційну, інструменти, асистує лікарю під час операції; виконує призначення лікаря, веде спостереження за станом жінки після втручання.
3. Ускладнення основного захворювання — гостра серцева недостатність, хронічна правошлуночкова серцева недостатність, материнська смертність. Ускладнення під час вагітності — невиношування вагітності, ранній початок преєклампсії, гіпотрофія плода, дистрес плода, загибель плода.

Задача 3

Пешовагітна В, 33 років, госпіталізована у стаціонар, у терміні вагітності 36 тижнів. Із скаргами на підвищення температури тіла до 38°C, болі у попереку. Рухи плода відчуває добре. Соматичний анамнез не обтяжений. Загальний стан порушений, пульс 84 уд./хв., ритмічний, АТ 90/60 мм.рт. ст., температура 38.2 °С. Дихання через ніс вільне, у легенях дихання везикулярне. Язик сухий, обкладений білим налетом. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, яка не збудлива при пальпації. Окружність живота- 84 см, висота стояння дна матки - 35 см. Положення плода поздовжнє, спинка зліва, дрібні частини справа. Передлегла частина плода-голівка, рухома, над входом у малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 150 уд./хв., нижче пупка, зліва. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Фізіологічні відправлення у нормі. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки відхилена дозад, щільна, довжиною 3 см, церві кальний канал закритий. Через переднє склепіння визначається голівка, при дослідженні- відштовхується. Мис недослягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Виділення незначні, слизові.

Завдання

1. Який попередній діагноз?
3. Яка тактика ведення вагітності?
3. Які додаткові методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

12.3 Відповідь

1. Вагітність I, 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, I позиція, головне предлежання. Гестаційний пієлонефрит.
2. Подальша тактика: медикаментозне лікування гестаційного пієлонефриту в акушерському стаціонарі. Розродження через природні пологові шляхи.
3. Для підтвердження діагнозу жінці проводять: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, бактеріологічне дослідження сечі, УЗД нирок, консультація терапевта, нефролога.

Задача 4

Вагітна Л., 21 рік, звернулася на прийом зі скаргами на болі у животі, блювання, підвищення температури до 38,2°C. На обліку із 12 тижнів вагітності. Термін вагітності по О.М.- 21 тиждень. Рухи плода відчуває добре, навколоплідні води не відходили.

Загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,4°C, АТ 110/75 мм рт. ст, ЧСС- 100 уд/хв. Шкіра, видимі слизові бліді, язик сухий, обкладений білим налетом. Діяльність серця ритмічна, тони ясні. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Верхня частина живота приймає участь в акті дихання. При пальпації визначається болючість у правій здухвинній ділянці, слабо позитивний с-м Щоткіна-Блюмберга; біль при рухах правого стегна. Печінка і селезінка не збільшені. Матка у тонусі, збудлива при пальпації. Серцебиття плода вислуховується, 150 уд./хв. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Сечопуск вільний. Випорожнення кілька разів, напіврідке. Внутрішнє

акушерське дослідження: піхва жінки, що не народжувала; матка збільшена до

21 тижня вагітності. Відмічається болючість при зміщенні матки у сторони. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Виділення незначні, слизові.

Загальний аналіз сечі: питома вага - 1020, колір солом'яно-жовтий, білок, ацетон, уробілін - не знайдені, лейкоцити 4–6 у полі зору, еритроцити 0–1 у полі зору.

Загальний аналіз крові: Hb - 110 г/л, еритроцити - 4,01 г./л., кольоровий показник - 0,9, лейкоцити 12,5 г./л., е - 1%, ю - 2 %, с - 72 %, л - 11 %, м - 4 %, ШОЕ - 15 мм./год.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження потрібно провести вагітній для підтвердження діагнозу?
3. Яке лікування жінки потрібно провести? Роль медсестри?

12.4 Відповідь

1. Вагітність I, 21 тиждень. Гострий апендицит? Загроза переривання вагітності.
2. Вагітній потрібно провести додаткові дослідження: загальний аналіз крові (підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув формули вліво), загальний аналіз сечі, УЗД. Консультацію хірурга.
3. Лікування хворої-хірургічне, проводиться апендектомія і подальша зберігаюча терапія.

Медична сестра заповнює медичну документацію, направлення на додаткові дослідження, бере участь в обстеженні вагітної, асистує лікарю. Робить забір крові і сечі. Готує жінку до операції. Операційна медсестра готує операційну, інструменти, асистує лікарю під час операції. виконує призначення лікаря, веде спостереження за станом жінки після втручання, проводить перев'язки разом із лікарем.

Тема 13. Акушерські кровотечі. Під час першого триместру вагітності.

Задача 1

Першовагітна М., 26 років, госпіталізована 31.07.22 р. у гінекологічне відділення перинатального центру, із скаргами на переймоподібні болі внизу живота, кровотечу зі статевих шляхів. Протягом останніх 3-х останніх днів відмічала появу ниючих болів внизу живота, для зменшення інтенсивності болю приймала спазмолітики, після яких біль зменшувались. Дві години назад повторно виникла біль внизу живота, та протягом години, стала переймоподібна та з'явились кров'яністі виділення із статевих шляхів. На висоті однієї із перейм, вагітна відмічає посилення кровотечі, виділення із статевих шляхів окремих згустків. Інтенсивність перейм зменшилась. Загальний стан задовільний, шкіра чиста, блідо-рожева. Пульс 80 уд./хв., ритмічний, АТ 120/80 мм.рт.ст. на обох руках. Менструації із 12 років, по 4-5 днів через 30 днів, регулярні, не болючі, помірні. Остання менструація- 12.06.22 р. Огляд у дзеркалах: піхва вільна, виповнена згустками крові, у цервікальному каналі частини плодового яйця. При бімануальному дослідженні: матка збільшена, розмірами до 5-6 тижнів вагітності, м'якої консистенції, округла, не болюча при пальпації. Відхилена дореду. Цервікальний канал пропускає палець. Придатки не визначаються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення кров'яністі, значні.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Який план ведення вагітності?
3. Роль медсестри?
4. Тактика ведення неповного аборт?

13.1 Відповідь

1. Вагітність I, 8 тижнів. Неповний аборт?

2. Тактика ведення вагітності-кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку. Інфузійна терапія із метою стабілізації гемодинаміки, відповідно до об'єму крововтрати.

3. Медична сестра заповнює медичну документацію, направлення на додаткові дослідження, бере участь в обстеженні вагітної, асистує лікарю. Робить забір крові і сечі. Готує жінку до операції. Операційна медсестра готує малу операційну, інструменти, асистує лікарю під час операції. Виконує призначення лікаря, веде спостереження за станом жінки після втручання.

4. Тактика ведення неповного аборту: хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки. Абсолютні покази до хірургічного методу лікування: інтенсивна кровотеча, розширення порожнини матки >50 мм (УЗД), підвищення температури тіла вище $37,5^{\circ}\text{C}$. Кюретаж стінок порожнини матки, або вакуум-аспірацію проводять під знеболенням; паралельно стабілізація гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати. Обов'язкове застосування антибіотиків після втручання.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки. Лише у разі підтвердженого неповного аборт у I триместрі; якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;

Задача 2

Вагітна М., 18 років, госпіталізована в акушерський стаціонар, у терміні вагітності 38 тижнів та активною пологовою діяльністю. Навколоплідні води не відходили. Рухи плода відчувала добре. Менструальна функція не порушена. Перша вагітність 7 років тому, пологи були термінові, маса плода при народженні 4200 г. Друга та третя вагітності – артіфіціальний аборт у терміні вагітності 7-8 тижнів. Четверта вагітність завершилась терміновими пологами, маса плода при народженні 4000 г. Третій період ускладнився патологією виділення плаценти. Проводилось ручне виділення посліду. Дана вагітність-п'ята, бажана. Загальний стан на час поступлення задовільний. Маса тіла - 72

кг, зріс - 160 см. АТ - 110/70 мм рт.ст, пульс - 80 уд/хв, ритмічний. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, великим сегменту у вході у малий таз. Серцебиття плода ясне, 150 уд/хв. Пологова діяльність – 3 перейми, по 40 секунд, за 10 хвилин. Води вилилися 2 години тому. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала, шийка матки розміщена по центру край її тонкий, відкриття 8 см., плодовий міхур відсутній. Голівка повністю виповнює широку частину порожнини малого таза. Стріловидний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко зліва спереду. Діагноз: вагітність V, 38 тижнів. Пологи III, термінові, I період пологів. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид, головне передлежання, Пологи велися консервативно, через природні пологові шляхи. Через 2 години народилася жива доношена дівчинка масою 4200 г., довжиною 52 см. Третій період – активна тактика ведення. Черз 15 хвилин відділився та виділівся послід з усіма дольками та оболонками. Матка при пальпації щільна, чутлива, краї чіткі. Дно матки на рівні пупка. Крововтрата 300,0 мл. Через 10 хвилин із піхви виділилося 150 мл. крові, із згустками. Матка при огляді розм'якшена, під час пальпації- скорочується. Характер кровотечі хвилеподібний. Загальна крововтрата 450 мл.

Завдання

1. Який попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення післяпологової гіпотонічної кровотечі?
3. Які причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч?
4. У чому суть активної тактики ведення III періоду пологів?

13.2 Відповідь

1. Ранній післяпологовий період. Гіпотонія матки. Післяпологова кровотеча.
2. Лікування післяпологової гіпотонічної кровотечі: введення утеротоніків (окситоцин 10 ОД у 500 мл. фізіологічного розчину, вводять внутрішньовенно крапельно, із швидкістю 60 крапель за 1 хвилину.

Провести зовнішній масаж матки. Якщо кровотеча зупинилась, а потім- продовжилась- потрібно провести ручне

обстеження порожнини матки. Застосовують утеротоніки 2-ої – 3-ої лінії, якщо кровотеча продовжується даліше-роблять бімануальну компресію матки, або компресію аорти. Якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась, застосовують балонну тампонаду, та призначають транексамову кислоту (сангера, або ін. препарати). Якщо кровотеча продовжується і досягла величини 1,5% і більше від маси тіла – хірургічне лікування. Об'єм оперативного втручання вирішується консилиумом лікарів (ампутація, екстерпація матки, перев'язування судин). Одночасно інфузійна терапія, в залежності від ступеня крововтрати.

3. Причини виникнення гіпотонії або атонії матки: пізній гестоз, ендокринопатії, екстрагенітальна патологія, зокрема, цукровий діабет; пухлини матки, багатоводдя, багатоплідна вагітність, аномалії пологової діяльності, аномалії розвитку матки та ін.

Задача 3

Повторнородяща В., 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із регулярною пологовою діяльністю. Терміні вагітності 40 тижнів. Пологова діяльність протягом 10 годин. Перша вагітність була 2 роки тому. Завершилась пологам у 36 тижнів та народженням здорової дівчинки, масою 3500 г. Післяпологовий період без ускладнень. Дана вагітність - друга, бажана. Із 37 тижнів патологічна прибавка ваги. За 10 днів, на черговому огляді, підвищення артеріального тиску до 140/90-145/95 мм.рт.ст. Обстежена – прееклампсія І ст. Від госпіталізації відмовилася, рекомендації щодо режиму та лікування не виконувала. На момент поступлення: пологова діяльність активна – 4 перейми, тривалістю 40 секунд, за 10 хвилин. Навколоплідні води не відходили. Рухи плода відчуває добре. Загальний стан задовільний. Шкіра блідо-рожева, чиста; набряки на ногах, передній черевній стінці. Пульс- 82 уд./хв., ритмічний, АТ – 150/95 мм.рт.ст. на обох руках. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки над лоном 32 см. Положення плода поздовжнє, передлегла частина плода, голівка, великим

сегментом у площині входу у малий таз. Серцебиття плода 140 уд./хв., ясне, ритмічне, нижче пупка, зліва. Внутрішнє акушерське дослідження: розкриття шийки матки повне, плодовий міхур цілий, напружується під час перейм і потуг. Проведена амніотомія, вилилися світлі навколоплодові води, у помірній кількості. Передлегла частина плода у широкій частині малого таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва спереду. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Пологи продовжували вести консервативно, через природні пологові шляхи. Через 20 хвилин, на висоті однієї із потуг, роділля відчула біль у животі, слабкість, запаморочення. Різко підвищилась рухливість плода. Роділля зблідла, шкіра вкрилася липким холодним потом. Пульс- 110 уд/хв, АТ знизився до 80/50 мм.рт.ст. Матка при пальпації напружена, болюча, відмічається локальна болючість на передній стінці матки. Болючість у паузах між потугами, та болючість у ділянці нижнього сегмента відсутня. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Голівка у порожнині малого таза. Серцебиття плода приглушене, 90 уд/хв.. Піхове дослідження: голівка повністю виповнює порожнину малого таза, ості сідничних кісток не визначаються. Стрілоподібний шов у прямому прозмірі площини виходу із малого таза, мале тім'ячко під симфізом.

Завдання:

1. Який попередній діагноз?
2. Які симптоми, підтверджують діагноз?
3. Який план ведення пологів?
4. Що таке «матка Кувелера»? Які причини формування, тактика родорозрішення?

13.3 Відповідь

1. Пологи II, термінові при вагітності II, 40 тижнів. II період пологів, пізня фаза. Прееклмпсія I ст. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти? Дистрес плода. Геморагічний шок II ст.?
2. Про наявність прееклмпсії свідчать дані перебігу вагітності, підвищення АТ на момент поступлення, набряки на ногах,

передній черевній стінці. Ознаками Передчасного відшарування нормально розташованої плаценти є: тахікардія, гіпотонія, поява раптового болю у животі на висоті потуги, локальна болючість, гіпертонус у паузах між потугами, дистрес плода, кров'яністі виділення із піхви.

3. План ведення пологів: термінове розродження, шляхом накладання вихідних акушерських щипців. Ручне відділення та виділення посліду. Ручна ревізія стінок порожнини матки. Лікування геморагічного шоку.

4. «Матка Кувелера» утворюється внаслідок центрального відшарування нормально розташованої плаценти. При такому відшаруванні формується ретроплацентарна гематома. Якщо ділянка відшарування плаценти невелика, то можливе тромбування судин і відшарування плаценти припиняється. На місці відшарування, на материнській поверхні плаценти утворюються інфаркти і кальцинати, котрі розпізнаються під час огляду плаценти після пологів. При значному відшаруванні, масивній кровотечі і великій ретроплацентарній гематомі - утворюється «матка Кувелера». Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки. При цьому матка ціанотична і із ділянками крововиливів, повністю втрачає здатність скорочуватись (атонія матки). Внаслідок чого - розвивається кровотеча із великою крововтратою через коагулопатію (ДВЗ-синдром). Лікування хірургічне – екстирпація матки.

Задача 4

Вагітна 3., 24 років, госпіталізована в акушерський стаціонар, із скаргами на кров'яністі виділення із статевих шляхів. Орієнтовна втрата крові 300 мл (три просочені прокладки). Термін вагітності по О.М.- 34 тижні. Рухи плода відчуває добре. Навколоплідні води не відходили. При опитуванні з'ясовано, що набряків, підвищення артеріального тиску протягом вагітності не було. На обліку, з приводу вагітності не стояла. Перенесені захворювання: кір, тонзиліт (проведена тонзилектомія), паротит, ГРЗ. Менструації із 13 років встановилися відразу, по 4 дні, через 28 днів, помірні, не болючі. Перша вагітність закінчилася штучним абортom, у

терміні 7 тижнів. Друга вагітність- штучним абортom, у терміні вагітності 8 тижнів. Дана вагітність - третя. Із слів вагітної, у першому триместрі відмічала незначні мажучі виділення із статевих шляхів, однократні, у терміні вагітності 28 тижнів. Під час домашніх робіт були однократні мажучі виділення на фоні повного благополуччя, самостійно припинились. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви рожеві, набряків немає. Із сторони внутрішніх органів патології не виявлено. АТ 110/70 мм.рт.с., пульс 80 уд./хв., ритмічний, задовільних властивостей. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 94 см, висота стояння дна матки над лоном 37 см. Матка при пальпації не збудлива, не болюча. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Голівка плода високо над входом у малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 130 уд./хв. Огляд у дзеркалах: піхва вільна, виповнена згустками крові, цервікальний канал закритий. Орієнтовна крововтрата – 100 мл. Проведено УЗД. Діагноз: вагітність терміном 34 тижні. Центральне передлежання плаценти.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Який план ведення вагітності?
3. Які фактори ризику при передлежання плаценти?

13.4 Відповідь.

1. Вагітність ІІІ, 34 тижні. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Центральне передлежання плаценти. Маткова кровотеча.
2. План ведення – родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. Фактори ризику при передлежанні плаценти: передлежання плаценти при попередній вагітності, попередні кесареві розтини, попереднє переривання вагітності, багатонароджуючі (5 і більше вагітностей), вік матері більше 40 років, багатоплідна вагітність, куріння, зміни в ендометрії внаслідок рубця на матці, ендометриту, ручного видалення плаценти, кюретажу, субмукозної фіброміоми матки, допоміжних репродуктивних технологій.

Задача 5

Вагітна К., 32 років, госпіталізована у відділення патології вагітності із діагнозом - вагітність 38 тижнів, положення плода поздовжнє, чисто сідничне передлежання. Рухи плода відчувала добре, Навколоплідні води не відходили. Соматично здорова, гінекологічні захворювання заперечує. Менструації із 12 років встановилися відразу, по 4-5 днів, через 28 днів, помірні, неболючі. Перша вагітність завершилась народженням здорової дівчинки, вагою 3500,0 г., у терміні 38 тижнів. Пологи не ускладнені, післяпологовий період без особливостей. Друга вагітність, черз 3 роки, закінчилася пологам у 40 тижнів та народженням дівчинки масою 3800,0 г. Виписана на четверту добу у задовільному стані. Вагітність теперішня, третя, не ускладнена. Загальний стан задовільний. Маса тіла 66,5 кг., зріст 162 см. АТ – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 78 ударів за 1 хвилину. Окружність живота 96 см., висота стояння дна матки над лоном 35 см. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 132 уд./хв., зліва вище пупка. При піхвовому дослідженні: піхва вільна, шийка матки м'яка, довжиною 1 см., відхилена до заднього склепіння; зовнішнє вічко відкрите, внутрішнє – закрите. Через переднє склепіння над входом у таз визначаються сідниці плода. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Роміри тазу – 26-29-31-21 см. Діагноз при поступленні: Вагітність ІІІ, 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, І позиція, сідничне передлежання. Із початком пологової діяльності, за відсутності ускладнень, пологи вирішено вести через природні пологові шляхи. Через 3 дні спонтанно розпочалась пологова діяльність. Діагноз на початок пологової діяльності той же. Пологи велись консервативно. Перший період пологів тривав 6 годин 30 хвилин. Другий - 25 хвилин. У третьому періоді пологів застосовувалась активна тактика ведення. Протягом 30 хвилин відсутні ознаки відділення плаценти. Кровтеча відсутня.

Завдання.

1. Попередній діагноз?
2. Які симптоми підтверджують діагноз?

3. Який план ведення III періоду пологів?

4. Які причини та клінічні прояви кровотеч у III періоді пологів?

13.5 Відповідь

1. Пологи III, термінові при вагітності III 38 тижнів. Третій період пологів. Патологічне повне прикріплення плаценти?

2. Цей діагноз підтверджує відсутність ознак відділення посліду протягом 30 хвилин, відсутність кровотечі.

3. План ведення пологів – ручного відділення та виділення плаценти, ручна ревізія стінок порожнини матки. У випадку істинного прирощення плаценти - хірургічне лікування (надпихова ампутація або екстирпація матки).

4. Причини кровотеч третього періоду пологів: патологія прикріплення плаценти, патологія виділення плаценти - защемлення плаценти.

Клінічні прояви: кровотеча, що розпочинається після народження дитини, або до народження посліду; відсутність ознак відокремлення плаценти протягом 30 хвилин. в разі активного ведення третього періоду пологів та очікувальної тактики ведення третього періоду пологів- може свідчити про патологію прикріплення плаценти. При появі кровотечі у разі активного ведення третього періоду пологів та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин- необхідно термінове видалення посліду.

Тема 14. Пологовий травматизм

Задача 1

Роділля В., 32 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із скаргами на переймоподібні болі внизу живота, протягом 6-ти годин. Навколоплідні води відійшли під час транспортування роділлі. Термін вагітності по О. М. - 40 тижнів. Із анамнезу: жінка жила та розвивалась у задовільних матеріально-побутових умовах. У дитинстві перенесла кір, вітряну віспу. Менструації із 14 років, по 3-4 дні, через 28 днів, помірні, не болючі. Дана вагітність четверта. Перша вагітність закінчилася нормальними терміновими пологами, вага плода 3500,0 г. Друга – самовільним викиднем у терміні вагітності 6 тижнів, ускладнень не було. третя – терміновими пологами, вага плода при народженні 4000,0 г. При поступленні у стаціонар, загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 16 уд./хв., АТ - 110/70 мм.рт.ст. на обох руках. Окружність живота 100 см., висота стояння дна матки над лоном – 38 см. Положення плода поздовжнє, спинка справа, дрібні частини плода зліва, передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз. Визначається виражена шийно-потилична борозна між потилицею та спинкою плода. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв. Пологова діяльність – 6 перейм за 10 хвилин, по 40-50 секунд, болючі. Роділля відмічає появу потуг. Симптом Вастена позитивний. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, розкриття 9 см., плодовий міхур відсутній. Передлежить голівка, малим сегментом у площині входу у малий таз. Визначаються надбрівні дуги, корінь носа, рот, підборіддя, яке повернуте дозаду. Лицьова лінія стоїть у лівому косому розмірі. Крижова западина вільна. Мис недосягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання:

1. Попередній діагноз? Обґрунтуйте його.
2. Яка тактика ведення пологів?
3. Які ускладнення пологів при такому вставленні голівки?

14.1 Відповідь

1. Пологи II, термінові при вагітності IV, 40 тижнів. I період пологів, активна фаза. Положення плода поздовжнє, II позиція, передній вид, лицеве вставлення голівки. Клінічно- вузький таз.

Ознаки клінічно вузького таза: активна пологова діяльність, високе стояння голівки, поява потуг, ознака Вастена позитивна. Ознаки лицевого вставлення голівки, при передньому виді: пальпація матки- визначається шийно-потилична борозна; внутрішнє акушерське дослідження- пальпуються надбрівні дуги, корінь носа, рот, підборіддя, повернуте дозаду.

2. Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.

3. Можливі ускладнення при такому розміщенні плода: загроза розриву матки, розрив матки, материнська смертність, загибель плода.

Задача 2

Першородяча А., 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар автомобілем екстренної медичної допомоги, із скаргами на переймоподібні болі внизу живота, що розпочалися 5 годин тому, відходження навколоплідних вод, годину назад. Рухи плода відчуває добре. Термін вагітності по О.М.- 41 тиждень. Пологова діяльність: 6 перейм, тривалістю 40 секунд, за 10 хвилин, потуги. Матка напружена, пальпація її у паузах між переймами- болюча. Відмічаються інтенсивні болі у ділянці нижнього сегменту. Нижній сегмент перерозтягнутий. Контракційне кільце на рівні пупка, косо. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Голівка плода притиснута до входу у малий таз. Ознака Вастена позитивна. Роділля неспокійна, кричить, долоні рук тримає у ділянці нижнього сегмента. Серцебиття плода 180 уд./хв. за 1 хв., глухе. Під час обстеження, раптово, з'явився дуже сильний, по типу «кинжального», біль внизу живота. Пологова діяльність припинилась. Роділля раптово зблідла, вкрилась липким холодним потом. Загальний стан важкий, роділля погано реагує на запитання, відповідає із затримкою в часі, та

простими реченнями. АТ- 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 уд./хв. При пальції живота: матка відсутня, через передню черевну стінку пальпуються дрібні частини плода. Серцебиття плода не вислуховується. Виражена болючість живота при пальпації. Симптом Щоткін-Блюмберга позитивний.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Обґрунтуйте діагноз.
3. Яка тактика ведення пологів?

14.2Відповідь

1. Пологи І, термінові при вагітності І, 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Перший період пологів. Клінічно- вузький таз. Розрив матки. Геморагічний шок ІІІ ст.
2. Діагноз встановлений на підставі клінічних симптомів: сильна активна пологова діяльність, гіпертонус матки, тонус матки у паузах між переймами, болючість матки у паузах між переймами, симптом Вастена позитивний. «кинжальний біль» внизу живота, після якого пологова діяльність припинилась, відсутність матки при пальпації та пальпація частин плода через передню черевну стінку, клінічні ознаки геморагічного шоку.
3. Тактика ведення пологів: лапаротомія із подальшим вирішенням об'єму оперативного втручання, лікування геморагічного шоку, перитоніту.

Задача 3

Першовагітна К., 17 років, госпіталізована до пологового будинку із регулярними переймами, у терміні вагітності 39 тижнів. Пологова діяльність була регулярна – 4 перейми, за 10 хвилин, тривалістю 45 секунд. При поступленні: загальний стан задовільний, пульс 80 уд./хв., ритмічний, АТ 125/70 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 110 см., висота стояння матки 39 см. Серцебиття плода 140 уд./хв., ритмічне. При внутрішньому

акушерському дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття 8 см., голівка плода великим сегментом у площині входу у малий таз. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, ближче до симфізу. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Поставлений діагноз: пологи I, термінові при вагітності I, 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання плода, I позиція, передній вид. I період пологів, активна фаза. Великий плід. Через 3 години народився живий доношений хлопчик вагою 4100 г., довжиною 54 см. Через 10 хв. самостійно відокремився та виділився послід з усіма дольками та оболонками. Після огляду-дефектів не виявлено. Відразу після народження посліду почалася кровотеча. Матка округла, щільна, при пальпації, не болюча. Дно матки на рівні пупка. У зв'язку із кровотечею, проведено огляд пологовий шляхів у дзеркалах: розрив шийки матки зліва довжиною 3 см, що не доходить до склепіння, розрив нижньої третини піхви зліва на 7 годину, довжиною 1.5 см, розрив м'язів тазового дна без розриву прямої кишки, розрив промежини довжиною 1,0 см.

Завдання:

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика ведення раннього післяпологового періоду?
3. Яка класифікація розривів шийки матки, діагностичні критерії?

14.3 Відповідь

1. Ранній післяпологовий період. Розрив шийки матки II ст., розрив промежини II ст.
2. Тактика у данній ситуації: зашивання розривів одразу після пологів.
3. Класифікація розривів шийки матки: I ступінь - розрив шийки матки з одного, або із двох сторін, довжиною не більше 2 см.; II ступінь - розрив довжиною більше 2 см., який не доходить до склепіння піхви; III ступінь - розрив шийки матки до склепіння піхви, або який переходить на верхній відділ піхви. Діагностичні критерії розриву: постійна кровотеча із статевих

шляхів. Діагноз уточнюється при огляді шийки матки у дзеркалах , виявлено дефект, розрив тканин шийки матки.

Тема 15. Післяпологові септичні захворювання.

Задача 1

Породілля В., 28 років, звернулась до лікаря, на 4-й день післяпологового періоду, із скаргами на відчуття напруженості у ділянці промежини, на місці епізіотомної рани. Дані пологи другі, не ускладнені. Народилась жива, доношена дівчинка масою 4000.0 г. У пологах-розрив промежини II ст., уштий. На шкіру промежини накладено 3 шовкових шва. Післяпологовий період протікав без ускладнень. Виписана на третю добу, у задовільному стані. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд./хв., ритмічний, АТ- 120/80 мм. рт. ст., температура 37,1°C. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Молочні залози не напружені, не болючі. Лактація достатня. Живіт м'який, неболючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Висота стояння дна матки на 4 п/п нижче пупка. Матка округлої форми, щільна, не болюча, чутлива при пальпації. Виділення із піхви кровянисто-серозні, помірні. Шви на раньовій поверхні покриті гнійним налетом, тканина навколо швів гіперемована, набрякла. Пальпація швів болюча.

Завдання

1. Попередній діагноз ?Обґрунтуйте його.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Класифікація розриву промежини.

15.1Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 4-а доба. Післяпологова виразка. Нагноєння епізіотомної рани.

Клінічні ознаки: біль у ділянці епізіотомної рани, гіперемія, набряк рани, інфільтрація тканин рани, патологічний наліт на поверхні рани.

2. Хірургічна обробка рани: зняття швів; видалення некротизованих тканин; розкриття та дренування епізіотомної рани; місцево антисептики.
3. Ступені розриву промежини:

I ступінь - розрив задньої спайки, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2 см), м'язи промежини лишаються цілими;

II ступінь - ушкодження шкіри промежини, стінки піхви та м'язів промежини. Сфінктер та пряма кишка залишаються цілими;

III ступінь - крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (неповний розрив III ступеня), у разі розриву слизової оболонки прямої кишки - повний розрив III ступеня;

центральный розрив промежини, при якому відбувається розрив задньої стінки піхви, м'язів тазового дна та шкіри промежини, а задня спайка та сфінктер прямої кишки залишаються цілими.

Задача 2

Породілля В., 37 років, звернулась на прийом із скаргами на біль у правій молочній залозі, загальну слабкість, втрату апетиту, поганий сон, підвищення температури тіла до 39°C. Пологи відбулися 10 днів назад, строкові, не ускладнені. Народилася жива, доношена дівчинка, вагою 3500 г. Виписана на 4-у добу у задовільном у стані. За день до прийому відмічала підвищення температури тіла до 38,5°C, нагрубання правої молочної залози, зниження лактації. За медичною допомогою не зверталась. Приймала спазмолітини, аспірин, самостійно проводила масаж молочної залози та зціджування молока. Вважала, що у неї є явища лактостазу. Загальний стан погіршився, з'явився озноб, підвищення температури до 39°C. Відмічає виражену загальну слабкість та посилення болю у молочній залозі.

Об'єктивно: загальний стан порушений, температура тіла 39.1°C, пульс 98 уд./хв., АТ- 110/70 мм.рт.ст. Шкіра бліда, чиста. Права молочна залоза збільшена, напружена, болюча при пальпації, гіперемована. При пальпації в у ділянці зовнішньо верхнього квадранта відмічається щільний болючий інфільтрат із ділянкою флюктуації. У правій пахвинній ділянці пальпують збільшені лімфатичні вузли. Жи віт м'який, не

болючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Матка при пальпації не визначається. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Огляд у дзеркалах: піхва вільна, шийка матки сформована, цервікальний канал закритий. Виділення незначні, серозні. Дані УЗД відповідають 10-му дню післяпологового періоду.

Завдання

- 1.Попередній діагноз?
2. Тактика ведення пацієнтки?
- 3.Класифікація маститу.

15.1 Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 10-та доба. Інфільтративно-гнійний правосторонній мастит?
2. Жінці потрібно провести хірургічне лікування, антибактеріальна терапія, інфузійна терапія, десенсибілізуюча терапія, дезінтоксикацій на терапія
3. Класифікація лактаційного маститу:
 - 1) серозний;
 - 2) інфільтративний;
 - 3) гнійний (інфільтративно-гнійний, абсцедуючий, флегмонозний, гангренозний).

Задача 3

Породілля В., 33 роки. Третя доба післяпологового періоду. В анамнезі пологи, клінічно-вужкий таз. Родорозрішення було проведено шляхом операції кесарського розтину у нижньому сегменті матки. Післяопераційний період-перші дві доби без ускладнень. На третю доб- скарги на загальну слабкість, блювання. Загальний стан тяжкий, пульс 110 уд./хв., АТ- 100/60 мм.рт.ст, температура 38,9 °С. Шкіра бліда, землиста. Язик сухий, обкладений білим налетом. Дихання через ніс вільне, поверхневе. Живіт піддутий, майже не приймає участь в акті дихання, болючий при пальпації, симптом Щоткіна — Блюмберга позитивний. Перистальтика відсутня. При обережній пальпації визначається матка, болюча

при пальпації. Дно матки на рівні пупка. Виділення мутні, кров'яністі, із неприємним запахом.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Яка тактика лікування?
3. Роль медсестри?
3. Які є клінічні прояви акушерського перитоніту?

15.2 Відповідь.

1. Пізній післяпологовий період, 3-я доба. Післяпологовий ендометрит? Розлитий перитоніт?
2. Хірургічне лікування: лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, екстирпація матки. Інфузійна терапія. Дезінтоксикаційна терапія. Антибіотикотерапія.
3. Медична сестра заповнює медичну документацію, направлення на додаткові дослідження, бере участь в обстеженні вагітної, асистує лікарю. Робить забір крові і сечі. Готує жінку до операції. Операційна медсестра готує операційну, інструменти, асистує лікарю під час операції. Виконує призначення лікаря, веде спостереження за станом жінки після втручання. Проводить догляд за хворою, перев'язує рану, разом із лікарем.
4. Акушерський перитоніт частіше виникає на 1-3 добу післяпологового періоду. Клінічні симптоми акушерського перитоніту: загальний стан середнього ступеня тяжкості або тяжкий; шкірні покрови бліді, із землистим відтінком; тахікардія, гіпотонія; температура тіла висока, рідше субфебрильна; язик сухий, обкладений білим, або сірим налетом; здуття живота, нудота, блювання, метеоризм, відсутність перистальтики кишківника; напруження м'язів передньої черевної стінки; позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга; передня черевна стінка не бере участі в акті дихання.

Задача 4

Повторнородяща В., 28 років, госпіталізована в акушерський стаціонар із регулярною родовою діяльністю, при доношеній вагітності. Вилиття навколоплідних вод відбулося за 4 години до початку пологів. Пологи у терміні вагітності 40 тижнів, супроводжувались первинною слабкістю пологові діяльності (стимуляція окситоцином), у II періоді пологів - дистрес плода Родорозрішення шлхом накладання вихідних акушерських щипців. Проводилось ручне відділення та виділення посліду у III періоді пологів. Загальна тривалість пологів 18 годин.Із приводу асфіксії плода, що почалася, накладені порожнинні щипці. На 3 день після пологів появились скарги на загальну слабкість, поганий сон, втрату апетиту, підвищення температури тіла до 38,4°C, біль внизу живота. Виділення із піхви мутні, кров'яністі із неприємним запахом. Загальний стан порушений. Пульс 92 уд./хв., ритмічний, АТ- 100/60 мм.рт.ст, температура тіла 38,0°C. Дихання через ніс вільне, у легенях везикулярне дихання. Молочні залози збільшені, без патології, лактація збережена. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, не болючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Дно матки- на рівні пупка. Матка м'яка, болюча при пальпації, край матки «розмитий». Огляд у дзеркалах: піхва вільна, шийка матки сформована. Лохії кров'янисто-гнійні, мутні, із неприємним запахом.

Завдання

1. Попередній діагноз?
2. Які одаткові методи обстеження потрібно провести породіллі?
3. Роль медсестри?
4. Яка тактика лікування?

15.3 Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 3 доба. Післяпологовий ендометрит?
2. Додаткові обстеження: загальний аналіз крові із тромбоцитами, біохімічний аналіз крові, коагулограма,

загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження виділень. УЗД органів малого тазу.

3. Медична сестра заповнює медичну документацію, направлення на додаткові дослідження, бере участь в обстеженні породіллі, асистує лікарю. Готує жінку до операції; готує операційну, інструменти, асистує лікарю під час втручання; виконує призначення лікаря, веде спостереження за станом жінки у післяопераційному періоді, проводить догляд за жінкою, разом із лікарем перев'язки.

4. Антибіотикотерапія, інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, проточно-промивне дренивання порожнини матки, вишкрібання порожнини матки після антибіотикотерапії.

Тема 16. Оперативне акушерство

Задача 1

В акушерський стаціонар госпіталізована повторнородяща у терміні вагітності 38 тижнів. Пологова діяльність активна, протягом 6 годин. На протязі останнього тижня відмічала раптове збільшення розмірів живота. Води відійшли 2 години назад, через деякий час з'явилося відчуття «чужорідного тіла» в піхві (із слів роділлі),пологова діяльність наростала. Над лоном, при пальпації, виникало відчуття болючості. У зв'язку із цими симптомами госпіталізована в акушерське відділення. При поступленні: загальний стан порушений; шкіра бліда, чиста,; пульс 90 уд./хв., ритмічний, АТ – 120/70 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Матка сидлоподібної форми, витягнута в поперечному напрямку, щільно охоплює плід. Нижній сегмент матки при пальпації болючий. Голівка плода справа, тазовий кінець зліва. Серцебиття плода відсутнє. За межами вульварного кільця візуалізується ручка плода, набрякла, ціанотична.

Завдання

1. Який попередній діагноз?
2. Який метод родорозрішення у даній клінічній ситуації?
3. Які ускладнення запущеного поперечного положення плода?

16.1 Відповідь

1. Пологи термінові, при вагітність 38 тижнів.1 період пологів.Раннє відходження навколоплідних вод. Запущене поперечне положення плода, 2 позиція.Сідловидна матка, загроза розриву матки? Інтранатальна загибель плода.?
- 2 Тактика-плодоруйнівна операція (декапітація). Ручне відділення та виділення плаценти, ручна ревізія стінок порожнини матки.
3. Можливі ускладнення:розрив матки, травма м'яких пологових шляхів, травми кісток таза, травми органів малого таза жінки, інвалідизація роділлі, формування нориць у післяпологовому періоді.

Задача 2

Повторнородяща М., 28 років, госпіталізована у пологовий будинок із регулярною пологовою діяльністю, у терміні вагітності 40 тижнів. Перейми виникли за 8 годин до поступлення у стаціонар. Навколоплідні води відійшли за 3 годин до поступлення. Рухи плода відчуває добре. Пологова діяльність активна – 4 перейми за 10 хвилин. Тривалість перейми - 40 секунд. Із анамнезу: в дитинстві хворіла на кір, скарлатину, вітряну віспу, хронічний сальпінгоофорит. На протязі життя: ГРВІ, хронічний цистит, хронічний пієлонефрит. Менструації із 14 років, встановилися відразу, по 4-5 днів, через 25 днів, помірні, неbolючі. Статеве життя із 16 років. Перша вагітність закінчилася народженням живої дівчинки вагою 3200,0 г, друга - медичним абортom у терміні 10 тижнів. Дана вагітність 3-тя. Загальний стан, на час поступлення, задовільний. АТ-120/80 мм.рт.ст., пульс 82 уд./хв. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 100 см., висота стояння дна матки 36 см. Передлежить голівка, притиснута до входу у малий таз. Симптом Вастена сумнівний. Серцебиття плода ритмічне, 140 ударів за 1 хвилину. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, відкриття 9-10 см. Плодовий міхур відсутній. Передлегла частина плода, голівка, притиснута до входу у малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу у малий таз, ближче до симфізу. Мале тім'ячко зліва, велике – справа, знаходяться на одному рівні. Мис досягається. Діагональна кон'югата 11,5 см. Підтікають світлі води. Розміри тазу: 25-28-30-18 см.

Завдання.

1. Попередній діагноз, симптоми, що його підтверджують?
2. Яка тактика розродження?
3. Які покази до ургентного кесарського розтину?

16.2 Відповідь

1. Пологи II, термінові при вагітності III, 40 тижнів, I період пологів, активна фаза. Положення плода поздовжнє, I позиція, головне передлежання. Задній асинклітизм? Клінічно-вузький таз. Простий плоский таз, I ст. звуження.
2. Тактика- пологи закінчити операцією кесаревого розтину.
3. Покази до операції ургентного кесарського розтину: кровотеча до пологів, або у першому періоді пологів, за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи; загрожуючий розрив матки, розрив матки, що почався; тяжка прееклампсія, або еклампсія, за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи; дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами, за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи; випадіння пульсуючих петель пуповини; асинклітичні вставлення голівки плода; поперечне положення плода при відходженні навколоплідних вод; розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицевого передлежання); клінічно вузький таз; аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються корекції; невдала спроба індукції пологів; агональний стан, або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Задача 3

Першородяча В., 42 років, госпіталізована у стаціонар з активною пологовою діяльністю, у терміні вагітності 38 тижнів. Навколоплідні води не відходили. Рухи плода відчуває добре. У дитинстві хворіла: кір, скарлатина. На протязі життя-ГРВІ. Менструації із 16 років встановилися відразу, по 5-6 днів, через 32 дні, помірні, не болючі. При госпіталізації загальний стан задовільний. АТ - 130/70 мм.рт.ст, пульс 80 уд./хв., задовільних властивостей. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота 95 см, висота стояння дна матки 35 см. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид. Голівка плода малим сегментом у вході у малий таз. Серцебиття плоду ритмічне, 140 ударів за 1 хвилину. Пологова діяльність: 3 перейми тривалістю 35 секунд,

за 10 хвилин. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, краї її тонкі, легко розтягуються, відкриття 5-6 см. Голівка плода не повністю виповнює широку частину порожнини малого таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва спереду. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Діагноз при поступленні: Пологи I, термінові при вагітність I, 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, I позиція, передній вид. головне передлежання. Перший період пологів, активна фаза. Пологи велися консервативно, через природні плогові шляхи. Через чотири години, роділля знаходиться у II періоді пологів. Пологова діяльність активна: – 4 потуги, тривалістю 45 секунд, за 10 хвилин, стан плода задовільний, стан роділлі задовільний. Через 40 хвилин після початку II періоду пологів-серцебиття плода стає 90 уд./хв., не вирівнюється після потуги. Проведено внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній, голівка плода у площині виходу малого таза, стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу малого таза, мале тім'ячко під симфізом. Підтікають світлі навколоплідні води.

Завдання:

1. Попередній діагноз?
2. Який план ведення пологів?
3. Які умови та покази до накладання акушерських щипців?

16.3 Відповідь.

1. Діагноз:, Пологи I, термінові при вагітності I, 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. II період пологів, пізня фаза. Дистрес плода?
2. Родорозрішення шляхом накладання вихідних акушерський щипців.
3. Покази до накладання акушерських щипців: тяжкі форми пізніх гестозів (пreeклампсія, eklampсія в пологах); екстрагенітальна патологія, яка потребує виключення або вкорочення потуг (скорочення другого періоду пологів); слабкість пологової діяльності у II періоді пологів; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, якщо є умови

для закінчення пологів через природні пологові шляхи (голівка плода у порожнині, чи у площині виходу з таза).

Покази із сторони плода - дистрес плода у II періоді пологів. Умови виконання: живий плід, повне відкриття шийки матки, відсутність плодового міхура, відповідність розмірів голівки плода розмірам таза матері, розташування голівки у порожнині, або у площині виходу малого таза.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА:

1. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / Кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В. М. Запорожана. — Т. 1: Акушерство / В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін та ін.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 1032 с.
2. Назарова І. Б. Фізіологічне акушерство: підручник / І. Б. Назарова, В. Б. Самойленко. — К.: Медицина, 2009. — 408 с.
3. Наказ МОЗ України від 28 березня 2014 року № 225. Уніфікований клінічний протокол «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні».
4. Наказ МОЗ України від 24 березня 2014 року № 205. Клінічний протокол "Акушерські кровотечі".
5. Наказ МОЗ України від 03 листопада 2008 року № 624. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування вагітності».
6. Патологічне і оперативне акушерство: підручник / І. Б. Назарова, В. Б. Самойленко, Н. П. Муштенко, І. Г. Шембелев, за ред. П. М. Баскакова. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 520 с.
7. Наказ МОЗ України від 24 січня 2022 року № 151.