

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

**Ігор Неділько
Тетяна Гащишин
Світлана Самусь**

АКУШЕРСТВО

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)

Рецензенти:

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

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

Акушерство. Збірник ситуаційних задач : навч.-метод. посіб. / КЗВО «Волинський медичний інститут». Луцьк, 2022. 91 с.

У посібнику «Акушерство. Збірник ситуаційних задач» представлені ситуаційні задачі з акушерства, для формування професійних компетентностей здобувачів освіти спеціальності 223 Медсестринство. 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.

Посібник рекомендовано педагогічним працівникам медичних закладів фахової передвищої освіти та здобувачам освіти спеціальності 223 Медсестринство.

Навчальне видання

**Неділько Ігор Микорайович,
Гащишин Тетяна Кирилівна,
Самусь Світлана Олександрівна**

АКУШЕРСТВО

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Навчально-методичний посібник

Редактор та коректор *І. М. Неділько*
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

<i>Тема1. Фізіологія вагітності</i>	3
<i>Тема2. Пологи. Знеболювання пологів</i>	10
<i>Тема 3. Нормальний післяпологовий період</i>	22
<i>Тема 4. Дистрес плода. Синдром затримки росту плода</i>	24
<i>Тема 5. Неправильні положення плода</i>	29
<i>Тема 6. Тазове передлежання плода</i>	35
<i>Тема 7. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза</i>	39
<i>Тема 8. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність</i>	44
<i>Тема 9. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія</i>	48
<i>Тема 10. Невиношування та переношування вагітності.....</i>	54
<i>Тема11. Аномалії скоротливої діяльності матки</i>	59
<i>Тема12. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях</i>	63
<i>Тема 13. Акушерські кровотечі. Під час першого триместру вагітності</i>	68
<i>Тема 14. Пологовий травматизм</i>	77
<i>Тема 15. Післяпологові септичні захворювання</i>	81
<i>Тема 16. Оперативне акушерство</i>	86
<i>Використані джерела</i>	91

Тема1. Фізіологія вагітності.

Задача 1

Вагітна А.В, 22 років, звернулася до сімейного лікаря 31 травня 2020 року. Скарги на відсутність менструації, ранкову нудоту, відразу до запахів, блювоту до 4-х раз за добу. Остання менструація була 8.03.20 року. Менструації з 14 років регулярні, через 27 – 28 днів, по 4-5 днів, 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 антефлексіо-верзію, збільшена до розмірів голівки новонародженого, Дещо розм'якшена, під час дослідження ущільнюється, придатки без змін.

Завдання

1. Сформулювати діагноз та обґрунтувати його.
2. Перерахувати додаткові методи діагностики вагітності.
3. Визначити термін вагітності та передбачуваний термін пологів.
4. Продемонструвати техніку бімануального дослідження.

1.1 Відповідь:

1. Діагноз: вагітність 12 тижнів. Встановлюється на підставі сумнівних і ймовірних ознак вагітності: відразу до запахів, нудота, блювота, відсутність менструації, ціаноз шийки матки, збільшення тіла матки до розмірів голівки новонародженого.
2. Додаткові методи діагностики вагітності:
 - визначення ХГЛ гормону (хоріонічного гонадотропіну) у сироватці крові та сечі;
 - ультразвукове дослідження матки.
4. Визначення терміну вагітності:

- за датою останньої менструації – 12 тиж;
- за розмірами тіла матки - 12 тижнів (у 12 тижнів вагітності тіла матки розмірами голівки новонародженого).

Передбачуваний термін пологів 15.12.20 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).

Задача 2

Вагітна С.О, 24 роки, звернулася на прийом в жіночу консультацію 18.01.20 року. Анамнез: остання менструація 10 квітня 1919 року. Перше ворухіння 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 в дні матки пальпується округла, тверда, з чіткими краями частина плода, що балотує. З лівої сторони матки пальпуються дрібні рухливі горбики, справа гладка, широка поверхня плода. Передлегла частина пальпується у вигляді маякої неправильної форми частини плода, що не балотує. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 141 уд/хв, справа вище пупка.

Завдання

1. Сформулювати діагноз.
2. Визначення терміну вагітності за висотою стояння дна матки.
3. Продемонструвати техніку зовнішнього акушерського дослідження (прийоми Леопольда).

1.2 Відповідь

1. Діагноз: вагітність 40 тижнів, положення плода позовжне, тазове передлежання, ІІ позиція.
2. Висота стояння дна матки:
 - 16 тижнів – дно матки знаходиться на середині між пупком та верхнім краєм симфізу;

- 20 тижнів - дно матки знаходиться на два поперечні пальці нижче пупка;
- 24 тижні – дно матки знаходиться на рівні пупка;
- 28 тижнів - дно матки знаходиться на два поперечні пальці вище пупка;
- 32 тижні - дно матки знаходиться на середині між мечоподібним відростком та пупком;
- 36 тижнів - дно матки на рівні мечоподібного відростка;
- 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 в дні матки. Другим прийомом визначають положення плода, позиції та вид позиції. Обидві руки знаходяться на бічних поверхнях матки. Пальпація частин плода проводиться по чергово то однією, то другою рукою. При поздовжньому положенні плода з одного боку пальпується спинка, а з протилежної дрібні частини – 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 в малий таз. Для цього необхідно повернутися обличчям до ніг вагітної та, поглиблюючи пальці над симфізом, діагностувати положення голівки плода відносно площини входу в малий таз.

Задача 3

Пацієнтка В.Б. 37 років, звернулася на прийом зі

скаргами на відсутність менструації протягом 4-х місяців, прибавку ваги, набухання молочних залоз, дратівливість.

Менструації з 14 років, встановилися відразу, по 4-5 днів, через 32 дні, бнеболючі, помірні. Статеве життя з 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, пульс 76 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 «-» з обої сторін. Серцебиття плода не вислуховується. При огляді в дзеркалах: слизові оболонки піхви і шийки матки ціанотичні, зовнішнє вічко овальне. При внутрішньому акушерському дослідженні: тіло матки в гіперан-тефлексії, перешийок розм'якшений, шийка матки щільна, дожиною 3 см, відхилена дозад. Цервікальний канал закритий. Дно пальпується по середині між пупком і лобковим симфізом. Придатки не визначаються, склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення незначні, слизові.

Питання:

- 1.Сформулювати діагноз.
- 2.Додаткові методи дослідження?
- 3.Показаннямедико-генетичнеконсультування?

1.3 Відповідь

1. Вагітність ІІІ, термін15–16тиж.
2. Додаткові методи дослідження:
 - ультразвукова діагностика утерміні 18–21 тиж. Для виключення вад розвитку і діагностики генетичної патології;
 - АФП у термінах 16–20 тиж.
3. Показання домедико-генетичного консультування:
 - вік вагітної 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше;
 - наявність у одного з подружжя хромосомної перебудови або вади розвитку;

- наявність в анамнезі дідітей з:
 - спадковими хворобами обміну,
 - спадковими хворобами, пов'язаними зі 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 не встановленого 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, багатоводдя і маловоддя);
 - патологія плода, виявлена при ультразвуковому дослідженні;
 - зміна показників скринінгових факторів: РАРР-А, альфа-фетопротейну, хоріонічного гонадотропіну, естріолу;
 - наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією;
 - первинна аменорея, порушення менструального циклу не встановленого генезу;
 - сім'ї з непліддям.

Задача 4

Вагітна В.Л., 43 роки, рік, поступила 16.02.20 року о 18 годині в пологовий будинок зі скаргами на преймоподібні болі внизу живота протягом 8 годин. Термін вагітності при госпіталізації 39 тижнів. Рухи плода відчуває добре. Соматично здорова. Менструальна функція не порушена. Статеве життя з 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. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті, пульс 80 уд/хв, ритмічний, АТ - 120/75 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, Положення плода поздовжнє, головне передлежання, голівка плода малим сегментом в плозині входу в малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 150 уд/хв. Пологова діяльність 3 перейми по 30 секунд за 10 хвилин. Води не виливались. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка згладжена, тонкі краї, розтяжні, відкриття 4-5 см. Плодовий міхур цілий при переймах напружується. Голівка в широкій частині малого таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва спереду, нижче за велике. Був поставлений діагноз: вагітність IV, пологи II, терміном 40 тижнів. I період пологів, активна фаза. Пологи велися через природні пологові шляхи. О 20.30 народилася жива доношена дівчинка з оцінкою по шкалі Апгар – 8-9 балів.

Притання:

1. Сформулювати діагноз.
2. Подальша тактика ведення.
3. Тактика ведення раннього післяпологового періоду.

1.4 Відповідь

1. Діагноз: вагітність IV, пологи II, терміном 40 тижнів, III-й період пологів.
2. Активна тактика ведення III періоду пологів. Протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності – ввести 10 ОД 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 з 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 контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона); якщо плацента не опускається протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягіння, 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. Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них. 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.

Тема2. Пологи. Знеболювання пологів.

Задача1

Першовагітна К. О, 17 років, надійшла до пологового будинку зі скаргами на перимоподібні болі внизу живота протягом 2-х годин. Термін вагітності по О. М. 38 тижнів. Пологова діяльність – 2 перейми тривалістю 30 с за 10 хвилин. Загальний стан роділлі задовільний Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві. Дихання через ніс вільне, в легенях везикулярне. Температура тіла 36,7° С; АТ120/80 мм. рт. ст., частота серцевих скорочень 80уд./хв.

Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. ВДМ – 38 см, ОЖ – 94 см. В дні матки палькується м'яка, неправильної офрми частина плода, зліва палькується гладка, широка поверхня плода, справа – дрібні рухливі горбики частини плода. Передлегла частина плода голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв, зліва нижче пупка. Симптом Пастернацького «-» з обох сторін.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхлавільна, шийка матки згладжена, край тонкий, цервікальний канал відкритий на 2см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, притиснута до входу в 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Описати особливості згладжування шийк матки у первородящих та повторнородящих.
3. Описати біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання.
4. Як часто вислуховується серцебиття плода в латентній фаці І періоду пологів?

2.1 Відповідь

1. Вагітність I. Пологи I. Термін 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 (розправляється) 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 досимфіза. 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.

6. У латентній фазі I періоду пологів аускультацию серцевих тонів плода потрібно здійснювати не рідше ніж кожні 30 хв протягом 1 хв.

Задача 2

Першовагітна С. 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 10 хв.

Анамнез: вагітність перша, не ускладнена. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, в легенях везикулярне. Пульс 80 уд/хв, АТ 120/80 мм.рт. ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Об'єм живота 100 см, висотастояння дна матки 37 см. З правої сторони палькується гладка, широка поверхня плода, в лівій - дрібнірухливі горбики. Над входом у малий таз пальпується велика, щільна, частина плода, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд/хв., праворуч нижче пупка. Симптом Пастернацького «-» з обох сторін.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки гладка, крайтонкий, розкриття 4 см. Плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Стріловидний шов у лівому кому розмірі, але тим'ячко справа ближче до симфізу. Мис недосяжний, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте діагноз.
2. Визначте положення, позицію, щоналежить частину плода і перерахуйте клінічні дані, що підтверджують ваше висновок.
3. Визначення ступеня вставлення голівки методом внутрішнього акушерського дослідження
4. Продемонструйте техніку надання акушерської допомоги при передньому вигляді потиличного передлежання

2.2 Відповідь

1. Діагноз. Вагітність I. Пологи I. Термін вагітності 40 тижнів. Положення плода поздовжне, головне передлежання, II позиція, передній вид. Перший періодпологів, активна фаза.

2. При зовнішньому акушерському дослідженні визначаються:

- поздовжнє положення плода, так як з одного боку матки гладка, широка поверхня, з іншої - дрібні рухливі горбки;
- II позиція, так як у правій бічній стороні матки пальпується одна гладка, широка поверхня і серцебиття плода вислуховується праворуч; - передлегла частина - голівка, тому що пальпується у вигляді великої щільної і балотуючої частини і серцебиття вислуховується нижче пупка.

3. Ступінь вставлення голівки:

- **Голівка над входом у малий таз.** Таз вільний, голівка розташована високо, вона не перешкоджає пальпації безіменної лінії таза, мису; стрілоподібний шов знаходиться в поперечному розмірі на однаковій відстані від симфізу і мису, велике і малетім'ячко - на одному рівні.

- **Голівкамалим сегментом у вході в малий таз.** Крижова западина вільна, мис можна досягнути зігнутим пальцем (якщо він досяжний). Внутрішня поверхня симфізу доступна дослідженню, мале тім'ячко нижче великого. Стрілоподібний шов розташований в злегка косому розмірі.

- **Голівка великим сегментом у вході в малий таз.** Голівка займає верхню третину симфізу і крижів. Миснедосяжний, сідничні ості пальпуються легко. Голівка зігнута, мале тім'ячко нижче великого, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косихрозмірів.

- **Голівка в широкійчастині малого таза.** Голівка найбільшою окружністю пройшла площину широкої частини малого таза. Дві третини внутрішньої поверхні лонного зчленування і верхня половина крижової западини зайняті голівкою. Вільно пальпуються IV і V крижові хребці і сідничні ості. Стрілоподібний шов розташований в одному з косихрозмірів, мале тім'ячко нижче великого.

- **Голівка у вузькій частині малого таза.** Дві верхні третини крижової западини і уся внутрішня поверхня лонного зчленування зайняті голівкою. Сідничні ості важко досягаються. Голівка знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот ще не закінчений, стрілоподібний шов знаходиться в одному з косих розмірів, близько до прямого. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

- **Голівка у виході таза.** Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничні ості не визначаються, стрілоподібний шов розташований в прямому розмірі виходу з малого таза. Мале тім'ячко у лона нижче великого.

4. Акушерська допомога при передньому вигляді потиличного передлежання.

Мета акушерської допомоги: попередження пологових травм плода та пологових травм у матері. Акушерка стає праворуч від породіллі і починає надавати допомогу з моменту прорізування голови.

I момент. Кисть лівої руки розташовують на лобку, а кінчиками пальців додатково розтягують тканини вульварного кільця. При цьому голівка додатково згинається: стримується 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 в нижній край симфізу, породіллі забороняють тужитися з цього моменту і до виведення головки. Акушерка захоплює всією лівою рукою головку і поступово, обережно її розгинає, у цей момент правою рукою зводять із головки тканини промежини. Над промежиною народжується чоло, личко та підборіддя. Відразу після народження голівки акушерка перевіряє наявність обвиття пуповини. Якщо обвиття пуповини є, акушерка або знімає петлю пуповини, або її ослабляє, або пересікає між двома затискачами.

III момент. З черговою потугою голівка повертається обличчям до лівого або правого стегна матері. Однією рукою притримують голівку плода, а вказівний палець іншої руки, з боку спинки плода вводять у пахову западину переднього

плічка і роблять тракцію до задуг, доки переднє плічко не підійде під лобкову дугу. Після цього звільняють заднє плечико. Для цього: однією рукою головку піднімають до передуг, вказівний палець другої руки вводять у пахову западину заднього плічка і роблять тракцію до передуг, звільняється заднє плічко. Потім обома руками охоплюють грудну клітину плода і направляють тулуб до передуг, народження нижньої частини тулуба проходить без утруднень.

Задача 3

Роділля С. Л., 20 років. Термін вагітності 39 тижнів. Пологова діяльність: 4 перейми тривалістю 45 секунд за 10 хвилин. Відійшли світлі, прозорі навколоплідні води.

Загальний стан роділлі задовільний, Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 82 уд/хв., ритмічний, АТ120/80ммрт.ст, Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ОЖ 105см, ВДМ 35см. Положення плода поздовжнє, спинка обернута в ліво, передлежить голівка, на один палець вище симфізу. Серцебиття плода 140 уд/хв, зліва, нижче пупка.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхважінки, що ненароджувала, шийка матки згладжена, відкриття повне. Плодовий міхур відсутній. Крижов азападина виповнена голівкою, внутрішня поверхня симфізу не доступна для дослідження. Пільмуються ості клубових кісток. Стрілоподібний шов знаходиться у правому косому розмірі, мале тім'ячко визначається з ліва попереду та нижче.

Питання

1. Сформулюйте діагноз.
2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
3. Яким розміром йде голівка при передньому виді потиличного передлежання?
4. Ведення пологів в ранній фазі II періоду пологів.

2.3 Відповідь

1. Вагітність терміном 40тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання першапозиція,переднійвид. II період пологів, рання фаза.

2. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.

Перший момент - згинання голівки та опускання її в площину входу до малого таза. 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 найменшоюокружністю, яка проходить через малийкосийрозмір і дорівнює 32 см.

Другий момент - внутрішній поворот голівки; вінздійснюється при переходііз широкої у вузькучастину малого таза і закінчується на тазовому дні. При цьому стрілоподібний шов переходить з косого розміру в прямий розмір площини виходу з 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 вставляються в одному з косих розмір площини входу в малий таз. При першій позиції плічка займають лівийкосий розмір входу, при другій - правий косий розмір входу до малого таза. 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 повертаєтьсядо лівого, або правого стегна мами. Припершійпозиції - до правого, при другій - до лівого. Переднє плічко вступає підлобкову дугу, фіксується біля нижнього краю симфізу. Точка фіксації –місце прикріплення дельтовидного м'яза до плечовоїкістки. Навколо точки

фіксації відбувається згинання тулуба в грудному відділі і першим народжується заднє плічко, 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. В 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 активної пологової діяльності та просуванню голівки плода. В ранній фазі не слід примушувати роділля тужитись, через те, що це призводить до втоми роділлі, порушення процесу внутрішнього повороту голівки плода, травмування пологових шляхів і голівки, порушення стану плода та зайвий медичний втручанням. Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультатії кожні 5 хвилин. Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу – кожні 15 хвилин.

Задача 4

Роділля К.С., 32 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар в терміні вагітності 40 тижнів з активною пологовою діяльністю. Через 8 год народила живу доношену дівчинку масою 3200 г, зростом 52 см. Загальний стан задовільний. Шкіра, видні слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд/хв. АТ 120/80 мм.рт.ст.

Питання

1. Діагноз.
2. Подальша тактика ведення пологів.
3. Продемонструвати активну тактику ведення пологів.

2.4 Відповідь

1. Пологи вчасні, III період пологів.
2. Активна тактика ведення III періоду пологів.
3. Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровіль

нуписьмову згоду на його проведення. Крок 1: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в 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 з 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 контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхувати матку від лона); 19 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. Крок 5: після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, щоб скрутити оболонки, повільно підтягують плаценту вниз; у разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шийку матки в стерильних рукавичках та видаляють їх залишки; Масаж матки Крок 6: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною. В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х годин, щоб упевнитись в тому, що матка не розслабляється, а залишається щільною.

Задача 5

Роділля А. М, госпіталізована до пологового будинку з регулярною пологовою діяльністю. Термін вагітності по О.М.

37 тижнів.Переймипочалися за 10 годинтому.Пологова діяльність – 4 перейми тривалістю 50 секунд за 10 хвилин. На момент госіталаціїскарг не пред'являє.Загальний стан задовільний. Шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 84 уд/хв, задовільних властивостей. АТ – 135/80 мм.рт.ст. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 100 см, висотастояння дна матки 34 см. Орієнтовна маса плода 3000 гр. В дні мтки визначається крупна, неправильної форми частина плода, що не балотує. Передлегла частина плода зовнішніми методами на визначається. Серцебиття плода 160 уд/хв, ясне, ритмічне.

Внутрішнє акушерське дослідження. Крижова западина цілком заповнена голівкою, сідничності не визначаються, стрілоподібний шов в прямому розмірі площини виходу з малого таза, мале тім'ячко спереду під лоном.

Питання

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

2.5 Відповідь

Вагітність терміном 37 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. II період пологів, пізня фаза. Максимальна тривалість пологів в латентній фазі першого періоду пологів 8год, активній фазі I пероду пологів 7 годин. Другий період пологів триває у першонароджуючих 2 години, у повторнонароджуючих 1 годину; третій період – 30 хвилин.

Провідна точка при передньому виді потиличного передлежання – мале тім'ячко, при задньому виді потиличного передлежання – середина лобного 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 А.С, госпіталізована в акушерський стаціонар з активною пологовою діяльністю в терміні 40 тижнів. Через 8 годин після початку пологової діяльності на висоті однієї з потуг народила живу доношену дівчинку вагою 3500г. Об'єктивно: загальний стан задовільний. АТ -120/80 мм рт. ст, пульс 80 уд/хв. Через 10 хв після народження затискач, накладений на пуповину, опустився на 15 см. Крововтрата 100 мл.

Завдання

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

2.6 Відповідь.

Вагітність терміном 40 тижнів. III період пологів. Вичікувальна тактика ведення III періоду пологів. Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень. При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду. За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду.

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 сороміцької 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 з маткою, а разом з

плацентою приходить в рух і пуповина, опускаючись при вдиху і втягуючись при видиху. **Ознака Клейна** – необхідно попросити роділлю потужитися. При цьому пуповина, виходить за межістатевоїщілини. Якщо після припинення потуги пуповина не втягується назад, значить відокремлена плацента. **Ознака Штрассмана** - стоячи збоку від породіллі, необхідно однією рукою взяти пуповину вище накладеного затискача і злегка її стиснути. Другою рукою проводиться легке постукування по днуматки. Якщо плацента ще з'єднана зі стінкою матки, то при постукування відмічається пульсація пуповини. **Ознака Чукалова–Кюстнера** - ребром долоні на передню черевну стінку в надлобковій ділянці; при невідділеній від стінки матки плацеті пуповина втягується в піхву.

Тема 3. Нормальний післяпологовий період.

Задача 1

Породілля С.А, перша година після фізіологічних пологів. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне, в 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 очревини відсутні. Матка на рівні пупка, округлої форми, щільна, не болюча, контури матки чіткі. Лохії кров'яністі, у невеликій кількості. Загальна кровотрата 350 мл. Сечовиділення вільне.

Питання

1. Сформулювати діагноз
2. Ведення післяпологового періоду.
3. Інволюція матки в післяпологовому періоді.

3.1 Відповідь

Ранній післяпологовий період. Фізіологічний перебіг. Оцінка стану породіллі: оцінка загального стану, вимірювання температури, артеріального тиску, частоти пульсу, визначення висоти стояння дна матки, стану молочних залоз, характеру лохий 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 в післяпологовому відділенні—одинраз на добу.

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. В, 23 роки, десята доба після фізіологічних пологів. 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. Живітмякий, неболючий при пальації. Симптоми подразнення очревини відсутні, перистальтика збережена. Дно матки на рівні верхнього краю симфізу, не болюче. Лохії серозні, незначні. Симптом Пастенацього «-» з обосорін. Фізіологічні відправлення без прощуння.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Зміни характеру лохій в післяпологовому періоді.
3. Зміни в шийці матки в піляпологовму періоді.

3.2 Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 10 доба. Фізіологічний перебіг.
- 2.1-3 днілохії кров`янисті, 4-6 – кровянисто-серозні, 7-9 – серозно-кровянисті, 10-12 – серозні, 13-15 – серозно-слизові, 16-18 – слизово-серозі, з 19 – слизові.
3. Інволюція шийки матки починається з внутрішнього вічка. Відразу після пологів шийка матки вільнопропускає 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. Дистресплода. Синдром затримки росту плода

Задача 1

Першородяча В.М, 24 років, госпіталізована в аушерський стаціонар о 19 годині з 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, терміном 38 тижнів, положення плода поздовнє, 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, в легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, овальної форми. Окружність живота 100 см, висотастояння дна матки над лоном 37 см. Ймовірнамаса плода 3800 гр. Положення плода поздовнє, зліва пальпується спинка плода, справа дрібні частини плода. Передлегла частина плода – голівка. притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 90 уд/хв, приглушене. Піхове 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 в 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

Питання.

1. Сформулювати діагноз.
2. Клінічні симптоми, що підтверджують діагноз.
3. План ведення.
4. Методи діагностики дистресу плода.
5. Діагностичні критерії дистресу плода в І періоді пологів.

4.1 Відповідь

Діагноз: вагітність І, пологи І, терміном 40 тижнів, положення плода поздовжнє, головне передлежання, І позиція, передній вид, випадіння перетель пуповини, гострий дистрес плода

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

Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину. Методи діагностики дистресу плода: аускультация, кардіотокографія, біофізичний профіль плода, доплерометрія пуповинного кровотоку. Діагностичними критеріями дистресу плода в І періоді пологів є: патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.) наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод, варіабельність – 2 уд/хв і менше (монотонний ритм), децелераціїранніз амплітудою більше 50 уд/хв, децелерації варіабельні з амплітудою більше 50 уд/хв.

Задача 2

Першородяча К.В., 32 роки, госпіталізована в аушєрський стаціонар 9 годин тому в терміні вагітності 38 тижнів. Годину тому відійшли навколоплові води та почалися потуги. Загальний стан задовільний, АТ 120/80 мм. рт. ст, пульс 80 уд/хв, Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. ОЖ – 90 см, ВДМ – 32 см. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Голівка плода зовнішніми прийомами не визначається (в 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 тім'ячко під симфізом.

Питання.

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення пологів.
3. Ознаки дистресу плода в II періоді пологів.

4.2 Відповідь

1. Діагноз: вагітність I, пологи I, термін вагітності 38 тижнів, II період пологів, пізня фаза. Дистрес плода.
2. Екстренне родорозрішення шляхом накладання вихідних акушерських щипців.
3. Ознаки дистресуплода в II періоді пологів: тахікардія більше 190 уд/хв, брадикардія менше 90 уд/хв, варіабельність монотонна 2 і менше уд/хв, децелерації ранні більше 60 уд/хв, пізні – більше 45 уд хв, варіабельні – більше 60 уд/хв. 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 А.В., 42 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар у задовільному стані з прогресуючою вагітністю в терміні 33тиж. В анамнезі дпевинне непліддя 7 років, самовільне переривання вагітності після ЕКЗ в терміні 9 тижнів, самовільний аборт в 12 тижнів вагітності, пологи передчасні в терміні вагітності 26 тижнів. Протягом вагітності лікування загрози переривання вагітності в 9 тижнів, загрози передчасних пологів 23 тижні, в терміні 26 тижнів COVID-19 (лікування в умовах стаціонару, киснева терапія).

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блід-роженві, чисті. Температура 36,6⁰ С, АТ120/80 мм. рт. ст., пульс 78 уд./хв. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, ВДМ 26см, ОЖ 83см. Матка в нормальному тонусі. Положення плода поздовжнє, в дні матки пальпуються сідниці, передлегла чатина плода, голівка, над входом в 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, церві кальний канал закрити. Через переднє склепіння визначається голівка, при дослідженні відштовхується. Мис не досягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Проведено: 1) УЗД: розміри плода відповідають терміну вагітності 33 тижні, 2) Біофізичний профіль плода – 5 балів, 3) доплерометрія пуповидного кровотоку – «нульовий» кровотік в артеріях пуповини.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. План ведення вагітності.
3. Методи дослідження діагностики синдрому затримки росту плода?
4. Показання до госпіталізації при синдромі затримки росту плода?
5. Показання до розродження шляхом операції кесаревого розтину при синдромі затримки росту плода.

4.3 Відповідь

1. Вагітність IV, пологи II, термін вагітності 33тиж. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Синдром затримки росту плода Іступеня. Дистрес плода. ОАА.
2. Родорозрішення шляхом операції кесаревого розтину.
3. Методи діагностики синдрому затримки росту плода:
 - визначення висоти стояння дна маткиз II триместру вагітності (відставання росту ВДМ на 2см або відсутність приросту протягом 2–3 тиж при спостереженні в динаміці);
 - ультразвукова фетометрія з 20 тиж. вагітності.
4. Показання догоспіталізації при СЗРП: патологічна оцінка БПП (4бали інижче); повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5–6 балів); уповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини; критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульо- вийіреверсний).
5. Показання до розродження шляхом кесаревого розтину при: критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини

(нульовий і реверсний), брадикардія у плода менше 100 уд./хв і патологічні децелерації незалежно від типу кровотоку (нормальний чи уповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності; патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче) за відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тиж. вагітності).

Тема 5. Неправильні положення плода.

Задача 1

Вагітна П. Р., 35 років, на черговій явці в ж/к 14.10.20 р. Термін вагітності по О.М, 38 тижнів Скарги відсутні. Перенесені захворювання кір, скарлатина, ГРВІ, хронічний сальпінгофорит. Менструації з 13 років, встановилися відразу, по 4-5 днів, через 28 днів, помірні, не болючі. Статеве життя з 24 років. Перша вагітність у 26 років закінчилася пологамі (вага дитини 3500 г), друга вагітність у 30 років закінчилася пологамі (вага дитини 4000 грн.). Дана вагітність третя. Загальний стан задовільний, Маса тіла 76 кг, зріст 160 см. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. АТ – 120/65 мм рт.ст, пульс 74 уд/хв. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 108 див, висота стояння дна матки над лоном 32 см. Зовнішнє акушерське дослідження: в дні матки відсутня частина плода, зліва визначається крупна балотуюча частина плода округлої форми, 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. План ведення вагітності/пологів.
3. Ускладнення при поперечному положенні плода.
4. Метод розродження при поперечному положенні плода

5.1 Відповідь

1. Діагноз: Вагітність ІІІ. Пологи ІІІ, Термін вагітності 38 тижнів. Поперечне положення плода, І позиція.
2. План ведення: госпіталізація в стаціонар. Враховуючи поперечне положення плода, показано розродження шляхом операції кесарського розтину.
3. Раннє вилиття навколо плодових 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 І. В, 33 роки, госпіталізована машиною швидкої допомоги з регулярною пологовою діяльністю. Поза обліком. Навколо плідові води вилилися 10 год тому, пологова діяльність почалася 6 год тому. Передбачуваний термін пологів 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 - 30см. 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Причини запущеного поперечного положення плода.
3. Діагностичні критерії запущеного поперечного положення плода.
4. Ускладнення пологів при запущеному поперечному положенні плода.
5. Метод розродження при запущеному поперечному положенні плода.

5.2 Відповідь

1. Вагітність терміном 41 тиждень. Запущене поперечне положення плода. Інтранатальна загибель плода.
2. Запущене поперечне положення плода виникає в пологах при поперечному положенні плода, після відходження навколоплодових вод та випадінні ручки плода. Плід щільно

охоплюється стінками матки, Внаслідок активної пологової діяльності плечико плода щільно фіксується/вклинюється в малий таз. Плід стає нерухомим та, зазвичай, гине. З часом 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 в матці; в) перерозтягнення нижнього сегмента матки і наявність кільця скорочення («ретракційного» кільця); г) ручка, що випала, ціанотична, набрякла; д) загибель плода.

4. Розривматки, загибель плода.

5. Плороруйнівна операція.

Задача 3

Впершовагітна В. Ю, 34 роки, госпіталізована в акушерське відділення в терміні вагітності 40 тижнів зі скаргами на відходження навколоплодових вод протягом 2-х годин. Пологова діяльність відсутня. Рухи плода відчуває добре. В дитинстві скарлатина, вітряна віспа. Менструації з 14 років, 4-6 днів через 30, регулярні, неволючі, помірні, встановилися відразу. Гінекологічні захворювання заперечує, за даними УЗД тіло матки сідлоподібної форми, в порожнині матки неповна перетинка. Перша вагітність закінчилася штучним абортom без ускладнень за терміну 6 тижнів вагітності. Друга вагітність самовільним викидним в терміні вагітності 6-7 тижнів. Третя вагітність завершилась народження живого доношеного хлопчика масою 3500.0 г. Дана вагітність четверта. На обліку з 9 тижнів вагітності. На час госпіталізації загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті, пульс 80 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей, АТ - 110/70 мм.рт.ст, температура 36,6 С. 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: в дні матки відсутня частина плода, з лівої сторони палькується округла крупна частина плода з чіткими контурами, справа неправильної форми, м'яка

частина плода. Передлегла частина пода відсутня. Серцебиття плода. 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. Підтікаються світлі навколоводові води.

Питання:

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Визначити позицію плода.
4. Можливі ускладнення під час пологів.
5. Виходи для плоду при різних видах розродження при положенні його.

5.3. Відповідь

1. Діагноз: вагітність IV, терманом 40 тижнів. Допологове відходження навколоплодових вод. Поперечне положення плода, випадіння петель пуповини.
2. Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. Перша позиція: зліва палькується голівка плода, вислуховування плода також зліва на рівні пупка.
4. Раннє відходження навколоплодових 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

Повторнородна Ш., 30 років, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами на переймоподібний біль внизу живота протягом 4-х годин. Термін вагітності по О.М.

40 тижнів. Рухи плода відчуває добре. Навколоплодові води не відходили. Пологова діяльність - 3 перейми по 35 секунд за 10 хвилин. Справжня вагітність – IV. Перша вагітність 10 років тому закінчилася нормальними пологами, маса плода 3400 г, зріст 51 см. Друга вагітність закінчилася через два роки після перших пологів штучним абортom при терміні 7-8 тижнів, без ускладнень. П'ять років тому сталися другі нормальні пологи, маса 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 в поперечному напрямку. Передлегла частина плода відсутня. Зліва визначається крупна частина плода неправильної форми, м'яка, справа – округла, з чіткими контурами, що балотує. Середиття 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 переймах напружується, передлегла частина плода відсутня. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено.

Питання:

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Причини виявленої патології?
4. Методи діагностики виявленої патології?

5.4 Відповідь

1. Діагноз – вагітність IV, пологи III. Термін вагітності 40 тижнів, 1 період пологів, активна фаза. Поперечне положення плода, II позиція.
2. План ведення: родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.

3. Надмірна рухливість плода (багатоводдя, гіпотрофія, недоношеність), двійня (поперечне положення другого плода), багатородящі, обмежена рухливість плода (маловоддя, міома матки), аномалії розвитку матки (дворога матка, сидлоподібна, претинка матки), аномалії розвитку плода (гідроцефалія, аненцефалія).

4. Діагностика: поперечно-овальна форма живота, низьке стояння дна матки, при зовнішньому акушерському обстеженні відсутня частина плода в дні матки, відсутня передлегла частина плода, голівка/ тазовий кінець знаходяться зліва бо справа, серцебиття вислуховується зліва або справа на рівні пупка, відсутня передлегла частина плода при внутрішньому акушерському дослідженні, при відходженні навколоплодових вод можливо пальпувати плечико або ручку плода.

Тема 6. Тазове передлежання плода.

Задача 1

Вагітна А.М., 24 роки, доправлена машиною швидкої допомоги в акушерський стаціонар зі скаргами на вилиття навколо плодових 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, після абортний 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: I прийомом в дні матки визначається тверда, щільна частина плода, округлої форми, що балотує, II прийомом справа – пласката частина плода, а зліва – дрібні частини плода, III прийомом над лоном палькується м'яка, неправильної форми частина плода, притиснута до входу в 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. У піхві визначається пульсуюча петля пуповини. Пальпуються сідниці, міжсіднична щілина, крижова кістка плода, що знаходиться справа ближче до крижової кістки роділлі. Міжвертлюгова лінія знаходиться в лівому косому розмірі. Мисне досягається, пухлин, екзостозів в малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколоплідові води.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Подальша тактика ведення пологів.
3. Ускладнення під час вагітності/пологів при сідничному передлежанні.
4. Фактори ризику тазового передлежання.

6.1 Відповідь.

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

Задача 2

До пологового будинку надійшла повторнородяща А. В., 26 років із регулярною родовою діяльністю в терміні вагітності 40 тижнів. У дитинстві хворіла на грип, кір, перенесла ангіну, бронхіт. Менструації з 13 років, по 3-4 дні, через 28 днів, помірні, безболісні. Перша вагітність 5 років тому завершилась строковими пологами, не ускладненими, маса плода при народженні 3500 г. Друга вагітність 2 роки - тому медичним абортom в термін 10 тижнів, без ускладнень. Дана вагітність третя. Останнє відвідування 3 тижні тому. Загальний стан задовільний, шкіра, 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 маса плода – 3072 г. Зовнішнє акушерське дослідження: в дні матки палькується крупна, округла частина плода, що балотує, зліва – спинка, справа дрібні частини плода. Передлегла частина плода в 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 в

прямому розмірі площини виходу малого тазу. Крижова кістка плода зліва

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. План ведення пологів.
3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні.
4. Показання до планового кесарського розтину при тазовому передлежанні.

6.2 Відповідь

1. Діагноз. Вагітність III, пологи III, терміном 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, чисто сідничне передлежання, I позиція. II період пологів, пізня фаза.
2. План ведення – акушерська допомога при чисто сідничному передлежанні з моменту прорізування сідниць (по Цов'янову I). терміново провести екстракцію плода за паховий згин.
3. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні. I момент — внутрішній поворот сідничок. Сідниці своїм поперечним розміром (linea intertrochanterica) вставляються в один із косих розмірів площини входу в таз. Першою йде передня сідничка, де і знаходиться провідна точка. Тазовий кінець поступово опускається на тазове дно, здійснюючи внутрішній поворот після завершення якого міжвертлюгова лінія стає у прямий розмір площини виходу малого тазу. Передня сідничка прорізується до утворення точки фіксації. II момент — згинання тулуба у попереково-грудному відділі. Після завершення повороту в ділянці гребеня клубової кістки плода утворюється точка фіксації, якою тазовий кінець упирається в нижній край симфізу. Навколо неї відбувається сильне бокове згинання тулуба в попереково-грудному відділі. Внаслідок згинання прорізується задня сідничка. III момент — внутрішній поворот плечиків і зовнішній поворот тулуба. Після народження тазового кінця в косий розмір площини входу в таз вступають плечики. Спинка плода в цей час повертається дещо до переду. Плечики опускаються на тазове дно, де здійснюється поворот, унаслідок якого diameter biacromialis стає 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 в таз у косий розмір. При переході із широкої частини порожнини малого таза у вузьку розпочинається внутрішній поворот, що завершується в площині виходу малого таза. VI момент — згинання голівки. Після утворення точки фіксації в ділянці підпотиличної ямки відбувається згинання голівки, в результаті якого вона прорізується малим косим розміром.

4. Плановий **кесарів розтин** проводять за наступними показаннями:

- очікуванамаса плода 3700,0 і більше;
- ніжне передлежання плода;
- закидання голівки плода III ступеня за даними УЗД;
- пухлини шийі плода та гідроцефалія.

Тема 7. Вагітність і пологи при аномаліях кісткового таза

Задача 1

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

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Метод розродження.
3. Перерахувати можливі ускладнення для матері та плода.

7.1 Відповідь

Діагноз: Вагітність II. Пологи II. Термін вагітності 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, тазове передлежання, II позиція. Простий плоский таз, II ступеня. ОАА.

Метод розродження. З початком пологової діяльності пологи вести через природні пологові шляхи, в плогах слідкувати за станом роділлі, станом плода, характером пологової діяльності. При формуванні клінічно вузького таза план ведення пологів завершити шляхом операції кесарського розтину.

Ускладнення в пологах: - клінічно вузький таз; - пологові травми плода та матері; - випадіння петель пуповини; - затяжний II період пологів; - низьке поперечне стояння стрілоподібного шва: - кровотечі в післяпологовому періоді та ін.

Задача 2

Роділля С.А., 28 років, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами на відходження навколоплодових вод протягом 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 навколоплодові 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 вилилися за 2 години до надходження в 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. В легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Окружність живота 102 см, висота стояння дна матки 38 см. В дні матки визначається тазова частина плода. Предлегла частина плода, голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140 уд/хв, ритмічне. Розміри тазу: 22-25-28-21 см. Фізіологічні відправлення в нормі.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки вкорочена до 1,5 см, розкриття шийки матки 5 см. Плодовий міхур не визначається. Головка плода в площині входу в малий таз, Стрілоподібний шов у прямому розмірі площини входу в малий таз. Мале тім'ячко біля грихової кістки. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Підтікають світлі навколо плодові води.

Питання

1. Сформулювати.
2. Метод розродження.

3. Назвати форми анатомічно вузького таза.

7.2 Відповідь.

1. Діагноз - Вагітність II, пологи II, термін вагітності 40 тижнів. Положення плода подовжне, головне передлежання. Задній вид. Високе пряме стояння стрілоподібного шва. Великий плід. Поперечно звужений таз.
2. План ведення. Родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. До форми анатомічно вузького таза, які часто зустрічаються, належать: загальнорівномірнорозвужений, поперечнозвужений, плоскі тази (простий плоский, плоскорухітний); дорідкісних форм—косозміщений, косозвужений, лікоподібний, кіфотичний, спондилолістетичний, остеомалатичний, таз, звужений екзостозами такістковими пухлинами.

Задача 3

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

Менструація почалася з 16 років, перші 2 роки нерегулярна, встановилася відразу, тривалістю 3 дні через кожні 30 днів. Перша вагітність завершилась народженням живої дівчинки масою 3000 г, друга хлопчика масою 2700 г. Дана вагітність третя. Протягом вагітності перенесла ГРВІ в терміні 28 тижнів.

Об'єктивно: зріст— 150 см, маса тіла— 55 кг. Температура тіла 36,7С. Дихання через ніс вільне. В 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 поздовжнє, спинка плода зліва, дрібні частини плода справа, голівка плода малим сегментом в площині входу в малий таз. Ознака Вастена сумнівна. Серцебиття плода 140 уд/хв, ритмічне, зліва, нижче пупка. Сечовий міхур повний, при спробі вивести сечу відмічено утруднене введення катетера. Розмір тазу 25–28–31–18 см.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, розкриття повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка малим сегментом у площині входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу в малий таз, ближче до мису крижів, мале тім'ячко зліва. На передній тім'яній кістці палькується пологова пухлина. Мис досяжний, діагональна конюгата 11,5 см. Підтікають меконіальні навколоплодові води.

Питання

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. План ведення пологів.
4. Які ускладнення під час вагітності можливі при вузькому тазі?

7.3 Відповідь

1. Вагітність III, пологи III, Термін вагітності 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, I позиція. Асинклітичне вставлення голівки (передній асинклітизм Негеле). Другий період пологів, рання фаза. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Простий плоский таз, I 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 конюгати. 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.

4. Класифікація асинклітичного вставлення. При нормальних пологах голівка плода вставляється в площину входу в малий таз таким чином, що сагітальний шов знаходиться на однаковій відстані від симфізу та мису – синклітичне вставлення голівки. Коли сагітальний шов розташований ближче до мису або до лобкового симфізу вставлення називають асинклітичним. Розрізняють передній асинклітизм (асинклітизм Негеле) – сагітальний шов розташований ближче до мису, при цьому першою в малий таз входить передня тім'яна кістка – передньотім'яне вставлення голівки; та задній асинклітизм (асинклітизм Ліцмана) – сагітальний шов розташований ближче до симфізу, при цьому в таз першою опускається задня тім'яна кістка – задньотім'яне вставлення. Розрізняють три ступені заднього асинклітизму: 1 – задньотім'яний нахил (сагітальний шов проходить на 1-1,5 см від поперечного розміру площини входу в малий таз), 2 – задньотім'яне вставлення (сагітальний шов проходить відразу за верхнім краєм лобкової кістки), 3 ступінь – задньовушне вставлення – сагітальний шов стоїть вище лобкового симфізу, при цьому при піхвовому дослідженні можна пропальпувати заднє вушко плода.

Тема 8. Аномалії розвитку плідного яйця. Багатоплідна вагітність.

Задача 1

Повторнородяща В. А., 32 роки, надійшла до клінічного пологового будинку 7/XI о 19.00. з регулярною родовою діяльністю протягом 5 годин. Води вилилися при поступленні в приймальне відділення, світлі. Пологова діяльність – 2 перейми по 35 секунд за 10 хвилин. 3 анамнезу: в дитинстві кір, на протязі життя ГРВІ. Менструації з 13 років, по 4-5 днів, через 28 днів, помірні, безболісні, встановилися відразу. Статеве життя з 25 років. Перша вагітність 2 роки тому закінчилася фізіологічними пологами в терміні 38 тижнів, маса дитини при народженні 3700 г. Друга вагітність – друга, двійня, біхоріальна, біамніотична. Остання явка в жіночу консультацію два тижні тому в терміні вагітності - 35 тижнів. Від госпіталізації відмовилась. Загальний стан задовільний. Маса тіла 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 І плода поздовжнє, передлежить головка, великим сегментом у площині входу в малий таз. В дні матки пальпується округлої форми тверда з чіткими краями частина плода, щобалотує. При зовнішньому акушерському обстеженні визначається багато дрібних частин. Серцебиття плода вислуховується зліва нижче пупка з частотою 136 уд/хв, та вище пупка з частотою 140 уд/хв. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, край шийки матки тонкий, відкриття 8 см. Плодового міхура немає. Передлегла частина плода – голівка, в широкій частині порожнини малого таза. Стріловидний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко зліва спереду. Підтікають світлі навколо плодової води. Діагноз. Вагітність II. Пологи II. Термін вагітності 37 тижнів. Положення I плода поздовжнє, головне передлежання. Положення II плода поздовжнє, тазове передлежання. I період пологів. О 20.00 перейми переходять в потуги, о 20.40 народилася

дівчинка масою 2600 гр., завдовжки 46 см з оцінкою за шкалою Апгар на першій хвилині 7 балів. Після народження першого плода стан породіллі задовільний. АТ-120/70 мм рт.ст. Пульс 90 уд/хв. Положення другого плода поздовжнє, сідничне передлежання. голівка, щопальпується у дні матки. Серцебиття плода ясне 130 ударів на хвилину. Через 5 хвилин після народження I плода виникла кровотеча зі статевих шляхів. Стан роділлі погіршився. Роділля почала скаржитися на раптову слабкість, головокружіння. Шкіра стала блідою, вкритою холодним липким потом. АТ – 90/60 мм.рт.ст, пульс 104 уд/хв. Серцебиття плода ритмічне, дещо приглушене - 110 уд/хв. Піхове дослідження: відкриття повне, плодовий міхур цілий, напружений. Сідниці плода у вузькій частині порожнини малого таза, міжвертлюгова лінія в правому косому розмірі, крижова кістка ліворуч і ближче до симфізу. Виділення кров'яністі.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика при розродженні другого плода?
3. Показання до кесарського розтину при багатоплідді?
4. Які ускладнення багатоплідної вагітності?

8.1 Відповідь

1. Діагноз: вагітність II, пологи II, термін 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. Показання до КР при БВ:

- двійня монохоріальна моноамніотична;
- трійня та більша кількість плодів;
- зрощені близнюки;
- поперечне положення першого плода;
- тазове передлежання першого плода;
- двійня у поєднанні з рубцем на матці;

- ЗРП одного чи обох плодів та/або порушення кровоплину в артерії пуповини;
- тазове передлежання другого плода при терміні вагітності 27-29 тижнів;
- двійня дихоріальнадіамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальнадіамніотична в 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. Передчасні пологи, передчасний розрив плодових оболонок, затримка внутрішньоутробного розвитку, дистрес плода/плодів, загибель одного з плодів, дискордантний розвиток одного з плодів, раннє приєднання прееклампсії, передчасне відшарування нормально розташовані плаценти після народження першого плода, при монохоріальній двійні синдром фето-фетальної трансфузії, при монохоріальній та моноамніотичній двійні – зрощення плодів, сплутування пуповин, колюзія в пологах та ін.

Задача 2

Вагітна А.В., 25 років, госпіталізована машиною екстреної медичної допомоги в гінекологічне відділення міської лікарні зі скаргами на кров'яністі виділення з дрібними міхурцями. Рухи плода вагітна не відчуває. Термін вагітності за даними О.М. – 20 тижнів. З анамнезу: на обліку з 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.

Питання

1. Сформулювати та обґрунтувати діагноз.
3. Перерахуйте додаткові методи дослідження, які уточнюють діагноз.
4. Види міхурцевого занесу?
5. Тактика ведення пацієнтки?

8.2 Відповідь

Діагноз: вагітність 20 тижнів. Міхурцевий занесок. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз: кров'янисті виділення з бульбашками, значне збільшення розмірів матки, що перевищує даний термін вагітності відсутність достовірних ознак вагітності. УЗД, тест на хоріогонічний гонадотропін. Повний пухирний занесок – характеризується зміною тканини всього трофобласта, відсутністю нормальних ембріональних і плацентарних тканин. Частковий пухирний занесок – може містити нежиттєздатні елементи плацентарної й ембріональної тканини на тлі часткового перебудування ворсин хоріона. **Деструючий (інвазивний) пухирний занесок** – рідкісна форма захворювання, коли ворсини хоріона проростають у сусідні тканини (всішаристінки матки, піхву, органи черевної порожнини). Вишкрібання порожнини матки, гістологічне дослідження видалених тканин

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

Задача 1

Вагітна В. М., 20 років, госпіталізована в аушерський стаціонар зі скаргами на погіршення загального стану, швидку втомлюваність, блювання до 20 разів на добу, втрату ваги, підвищення температури до $37,1^{\circ}\text{C}$. Термін пологів по О. М. 7 тижнів. На протязі життя: кір, відтряна віспа, ГРВІ. Менструації з 14 років, регулярні, 5 днів, через 27-30 днів, безболісні, помірні. Анамнез захворювання. Тритижні тому з'явилися нудота, блювання на протязі дні. Втрата ваги за цей час склала 3 кг. Два дні назад відмічає підвищення температур до $37,0-37,2^{\circ}\text{C}$. Об'єктино: загальний стан порушений, шкіра, видимі слизові бліді, сухі. Тургор шкіри знижений. Маса тіла 54 кг, зріст 160см. $37,3^{\circ}\text{C}$. АТ 90/60 мм. рт. ст., пульс 90 уд/хв. Дихання через ніс вільне. В легенях везикулярне дихання. Язик сухий обкладений білим налетом. 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 невизначаються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення незначні, слизові. При дослідженні крові виявлено: Нb—100 г/л, лейкоцити— $11 \cdot 10^9/\text{л}$; еритроцити— $3 \cdot 10^{12}/\text{л}$; білок загальний—70г/л. В аналізі сечі: ацетон (+++), гіалінові й зернисті циліндри, протеїнурія—1,5г/л.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Додаткові методи дослідження
3. Тактика ведення вагітності.
4. Ускладнення тяжкого блювання?
5. Показання до переривання вагітності?

9.1 Відповідь

1. Вагітність терміном 7-8 тиж. Блювання вагітних, Шступінь з порушенням обміну.
2. Загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, УЗД органів червної порожнини, малого тазу.
3. Після клініко-лабораторного обстеження вирішувати питання про переривання вагітності у зв'язку з можливим порушенням обміну речовин. Оодночасно проведення інфузійної терапії, відновлення об'єму циркулюючої крові, корекція електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги.
4. Ускладнення тяжкого блювання вагітних: синдром Меллорі—Вейсса, жирова дистрофія печінки, печінково-ниркова недостатність, порушення ЦНС, в окремих випадках материнська смертність.
5. Показання до переривання вагітності: неефективність проведеної терапії, стійка субфебрильна температура тіла, стійка тахікардія, прогресуюче зниження маси тіла, протеїнурія, циліндрурія, жовтяниця протягом 7–10 діб.

Задача 2

Першовагітна А. В., 32 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами на головний біль, головокружіння, миготіння «мушок» перед очима, підвиення АТ до 170/100-110 мм.рт.ст. Термін пологів 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. В легенях везикулярне дихання. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, Окружність живота 100 см, висота стояння дна матки 38 см. Положння плода поздовжнє, спинка справа, передлегла частина плода, голівка. Притиснута до входу в 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 в малий таз.

Мис не досягається. Пухлин, екзистозів у малому тазу не виявлено.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Додаткові методи дослідження.
3. Акушерська тактика.
4. Діагностичні критерії тяжкої преєклампсії

9.2 Відповідь

1. Вагітність I. Пологи I. Термін вагітності 40 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Преєклампсія 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;
- КТГ;
- реєстрація ЕКГ;
- УЗД нирок (за показаннями);
- КТ головного мозку (за показаннями).

3. Акушерська тактика. Госпіталізація в реанімаційне відділення.

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 (розчинготують таким чином: 30 мл 25 %-го розчину 7,5 г магнію сульфату вводять у флакон, щомістить 220 мл 0,9% розчину хлориду натрію. отриманий розчин магнію сульфату необхідно вводити

через допоміжну лінію крапельниць і паралельно інфузійній терапії). Швидкість введення розчину підбирають згідно зі станом вагітної. Розродження жінок з тяжкою ПЕ після 37 тижнів – лише в закладі, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу, упродовж 24 годин після стабілізації стану гемодинаміки.

4. Тяжка преєклампсія визначається як тяжка гіпертензія (САТ ≥ 160 або ДАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + однинчи більше з наступних симптомів:

- сильний головний біль;
- порушення зору;
- набряк диска зорового нерва;
- біль в епігастральній ділянці
- нудота, блювання;
- біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
- підвищені сухожилкові рефлекси;
- генералізовані набряки;
- олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год.);
- кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;
- підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
- затримка росту плода.

Задача 3

Повторно вагітна В. М., 30 років, госпіталізована машиною швидкої допомоги в акушерський стаціонар зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, погіршення зору, підвищення АТ до 180/110-115 мм. рт. ст, зниження рухової активності плода. На обліку в сімейного лікаря. Термін вагітності по О. М. 35 тижнів. З 30 тижнів преєклампсія І ст. На протязі життя: ГРВІ, хронічний сальпінгоофорит. Менструації з 13 років, 4–5 днів, через 28 днів, помірні, не болючі. Вагітність третя. Перша вагітність закінчилась самовільним викиднем в 12 тижнів, друга пологами в 39 тижнів та народженням живого доношеного

хлопчика масою 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 мм. рт.ст. До лікаря не зверталась. Загальний стан порушений, АТ180/110, 175/115 мм рт.ст., пульс 80 уд/хв, анасарка. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Положення плода поздовжнє, передлежать сідниці, над входом в малий таз. Серцебиття плода, 150 уд/хв, приглушене, ритмічне, 150 уд/хв, вислуховується справа вище пупка. Раптово вагітна втратила свідомість, з'явилися тоніко-клонічні судоми, апное.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Подальша тактика ведення.
3. Невідкладна допомога в разі еклампсії.
4. Методи розродження при еклампсії.

9.3 Відповідь

1. Вагітність ІІІ, полоки ІІ, терміном 35 тижнів. Положення плода поздовжнє, тазове передлежання, друа позиція. Прееклампсія ІІІ, Еклампсія.
2. Подальша тактика:
 - ліквідація судом;
 - гіпотензивна терапія;
 - екстрене розродження шляхом операції кесарського розтину.
3. Невідкладна допомога в разі еклампсії. Допомога надається на місці. Для цього:
 - зафіксувати час та покликати колег на допомогу;
 - захистити жінку від пошкоджень;
 - підготувати обладнання (повітроводи, відсмоктувач, маска, мішок Амбу, кисень) та магнію сульфату для болюсного введення;
 - покласти жінку на рівну поверхню у положенні на лівому боці або зі зміщенням матки вліво;

- забезпечити подачу кисню (100% кисень зі швидкістю 8-10 л за хв.), оцінити дихання після нападу судом, за умови розвитку тривалого апное розпочати примусову вентиляцію;
- після нападу негайно розпочати терапію магнієм 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 з препаратів – урапідил, ніфедипін, клонідин, гліцеролу тринітрат.

4. Метод розродження при еклампсії. Після нападу судом показане невідкладне розродження. Метод розродження після нападу еклампсії під час вагітності, I періоді пологів – кесарів розтин. Розродження має бути здійснене залежно від терміну гестації. У випадках розвитку нападу еклампсії в другому періоді пологів можливе використання акушерських щипців.

Тема 10. Невиношування та переношування вагітності.

Задача 1

Першовагітна К.В., 32 роки, госпіталізована в стаціонар в терміні вагітності 28 тижнів зі скаргами на ниючі болі внизу живота протягом 4-х днів. Навколоплодові води не відходили. Рухи плода відчуває добре. Пульс 76 уд/хв, задовільних властивостей, АТ 90/60 мм рт. ст. Загальний стан задовільний, шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Дихання через ніс вільне. В 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 в тонусі, при пальпації збудлива. Положення плода поздовжнє, 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 недослягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Виділення незначні, слизові.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення вагітності при загрозі передчасних пологів.
3. Показання та схема проведення токолізу.
4. Схема профілактики респіраторно дистрес-синдрому.

10.1 Відповідь

1. Вагітність І. Пологи І, терміном 28 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, І позиція. Загроза передчасних пологів.

2. Токолітична терапія призначається на срок 48 годин, необхідних для проведення антенатальної профілактики РДС 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 в залежності від маткової активності. Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюють. Далі пологи ведуться згідно партограми.

4. При загрозі передчасних пологів в/м введення дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин на курс 24 мг, чи бетаметазону по 12 мг кожні 24 години, на курс 24 мг.

Задача 2

Вагітна А.М., 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар 31.12.20 р. зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота протягом 4-х годин, відходження навколоплодових вод за 6 годин до появи пологової діяльності. Рухи плода відчуває добре, про те відмічає зниження рухової активності плода. Пологова діяльність – 3 перейми по 35 секунд за 10 хв. На протязі життя ГРВІ, хронічний сальпінгофорит. В дитинстві вітряна віспа. Менструації з 13 років, встановилися одразу, регулярні. Статеве життя з 24 років. Вагітність перша. Остання менструація – 5 березня 2020 року. Поза обліком. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті, температура - 36,6 С, АТ 120/70 на обох руках, пульс 78 уд/хв, задовільних властивостей. Живіт збільшений за рахунок вагітної мати. 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 зівва 4 см. Плодовий міхур відсутній. Передлежить голівка, притиснута до входу в 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 в порожнині малого таза не виявлено. Підтікають меконіальні навколоплідні води.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Подальша тактика ведення.
3. Показання до індукції пологової діяльності?
4. Основні ускладнення при переношеній вагітності?

10.2 Відповідь

1. Вагітність I, пологи I, термін вагітності 43 тижні. Положення плода поздовжне, головне передлежання, Позиція, передній вид. Допологове відходження навколоплодових вод. I період пологів, активна фаза. Дистрес плода.
2. Розродження шляхом операції кесарського розтину.
3. Показання 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 тазу матері;
 - відсутність плідного міхура (амніотомія).
4. Аномалії пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, дистрес плода, клінічно вузький таз, пологовий травматизм матері, кровотечі в пологах та післяпологовму періоді, післяпологові септичні захворювання.

Задача 3

Вагітна М. В, 30 років, поступила зі скаргами на кров'янисті виділення зі 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'янисті виділення зі 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 відсутній. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін. Набряки відсутні. В дзеркалах: піхва виповнена згортками крові, шийка матки ціанотична, в 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Подальша тактика ведення.
3. Показання до застосування прогестерону при загрозовому аборті.
4. Тактика ведення неповного аборту.

10.3 Відповідь

1. Вагітність терміном 12 тижнів. Аборт в ходу.
2. Вакуум-аспірація або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під знеболенням. Паралельно лікування, спрямоване на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.
3. Показання для застосування прогестерону:
 - наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень);
 - доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази;
 - виліковане безпліддя;

- вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій.

Застосування прогестерону за будь-якими іншими показаннями не має доведеної ефективності.

Тема 11. Аномалії скоротливої діяльності матки.

Задача 1

Вагітна Л.В., 32 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами на відходження навколоплодових 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 відчувався добре. Загальний стан задовільний, шкіра, видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 78 уд/хв, ритмічний, АТ 120/80 мм. рт. ст. на обох руках. Патологічних змін зі сторони внутрішніх статевих органів не виявлено. Менструації з 13 років, регулярні, встановилися відразу. 4 дні через 28-30 днів, помірні, не болючі. У шлюбі три роки. Дана вагітність друга. Попередня вагітність завершилась народженням живого перенесеного плода масою 3200 г в терміні вагітності 43 тижні. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, окружність живота - 105 см, висота стоянн дна матки – 38 см, висота стояння дна матки 36 см. Положення плода поздовжнє, спинка плода справа, дрібні частини плода зліва. Передлегла частина пода, голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв., ритмічне, справа, нижче пупка. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва жінки, що народжувала, шийка матки згладжена, шийка матки вкорочена до 0,5 см, відкриття шийки матки 3 см. Плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплодові води. Передлегла частина плода, голівка, притснута до входу в 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 – вагітність II, пологи II, терміном 39 тижнів, положення плода поздовжнє, головне передлежання, II позиція передній вид, I перод пологів активна фаза. Допологове відходження навколо плодових вод. Ведення пологів згідно клінічного протоколу № 624. 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 фходу в 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 навколопородові води.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. План ведення пологів.
3. Як проводиться профілактика хоріонамніоніту при передчасному розриві плодових оболонок?
4. Причини слабкості пологової діяльності.

11.1 Відповідь

1. Діагноз. Вагітність II, пологи II, терміном 39 тижнів, положення плода поздовжнє, головнє передлежання, II позиція передній вид, I перод пологів активна фаза. Первинна слабкість пологової діяльності. Допологове відходження навколоплодових вод. Безводний проміжок 13 годин.
2. Пологопосилення проводиться шляхом введення окситоцину. Для цього 5 ОД окситоцину розчиняють в 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. Термін вагітності 22-25 тижнів - антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар. Термін вагітності 26 – 34 тижнів - антибактеріальна терапія з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар. Термін вагітності 35 – 36 тижнів - антибактеріальна терапія починається після 18 годин безводного проміжку. Термін вагітності 37 – 42 тижнів – після 18 годин безводного

проміжку.

4. 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 А.В., 32 роки, вагітність перша, пологи перші, термін вагітності по О.М. 40 тижнів, знаходиться в пологовій залі з активною пологовою діяльністю. Через 10 годин активної пологової діяльності відійшли світлі навколоплодові 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 блідо-рожеві, чисті. Дихання везикулярне в 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 (орієнтовна маса плода – 3500 г). Положення плода поздовжнє, спинка плода зліва, дрібні частини плода справа, передлегла частина плода, 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення пологів.
3. Яким чином визначається характер пологової діяльності?
4. Методи оцінки пологової діяльності.

11.2 Відповідь

1. Вагітність І, пологи І, термін вагітності 40 тижнів. ІІ період пологів. Вторинна слабкість пологової діяльності.
2. Стимуляція пологової діяльності шляхом ведення кситоцину (5 ОД окситоцину розвести в 500,0 мл ізотонічного розчину, вводити в/в повільно з початковою швидкістю 6-8 кр/хв).
3. Характер пологової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:
 - а) динаміки маткових скорочень;
 - б) динаміки розкриття шийки матки;
 - в) динаміки просування передлеглої частини плода пологовим каналом.
4. Методи оцінки характеру пологової діяльності:
 - а) оцінка скоротливої діяльності матки:
 - суб'єктивне відчуття роділля;
 - пальпація матки й визначення частоти і тривалості переймів та потуг;
 - зовнішня КТГ, гістерографія;
 - б) оцінка стану шийки матки:
 - висота контракційного кільця;
 - вагінальне дослідження;
 - в) динаміка просування передлеглої частини плода: зовнішнє та вагінальне дослідження.

Тема 12. Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях

Задача 1

Першовагітна В.Л., 23 роки, скаржиться на появу, протягом останнього місяця, загальну слабкість, швидку втомлюваність. Термін пологів 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, в легенях везикулярне. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки. Матка при пальпації в нормотонусі, при пальпації не збудлива. Положення плода поздовжнє, спинка плода палькується справа, дрібні частини зліва. Передлегла частина плода, сідниці, над входом в 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, РОЕ - 34 мм/год. Загальний аналіз сечі: відносна щільність - 1010, реакція - слабо-кисла, білок - не виявлено, цукор - відсутній, еритроцити - відсутні, лейкоцити - 1-2 в полі зору.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Яка тактика ведення вагітності.
3. Критерії тяжкості анемії за рівнем гемоглобіну.
4. Фактори ризику залізо-дефіцитної анемії у вагітних.

12.1 Відповідь

1. Вагітність I терміном 32 тиж. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання, II позиція. Анемія II ступеня.
2. Призначення: дієтотерапія (телятина, курятина, печінка, телячий язик, вівсяна, гречана каші, білі гриби, горох, квасоля, шпинат, буряк, родзинки, мигдаль, узвар із сухофруктів тощо), залізовмісні препарати.

3. Легкий ступінь — Нв 109–90 г/л, середній ступінь — Нв 89–70 г/л, тяжкий — Нв 69–40 г/л, вкрай тяжкий — Нв менше 40 г/л.

4. Неповноцінне харчування; гіперполіменорея; інтервал між пологами менше 2 років; багатоплідна вагітність; кровотечі під час вагітності; стан після резекції тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, постійний прийом антацидних препаратів. Туберкульоз, паразитарні та глистні інвазії.

Задача 2

Першовагітна В.Л. 42 роки, в терміні гестації 9 тижнів консультована в перинатальному центрі ПЦМК. Скарги на загальну слабкість, швидку втомлюваність, задишку, серцебиття, періодично болі в ділянці серця, знижену працездатність. Відмічає погіршення самопочуття, орієнтовно, з 5-6 тижнів вагітності. За даними ЕКГ – миготлива аритмія. Консультована кардіологом. Мітральний стеноз. Згальний стан задовільний. Шкіра. Видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Пульс 100 уд/хв, аритмічний, АТ 90/60 мм.рт.ст. Дихання через ніс вільне, в легенях везикулярне дихання. Частота дихання – 16 за хвилину. Живіт неболочюий, 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 anteversio, збільшене до 9 тижнів гестації, шийка матки довжиною 3 см, щілька, цервікальний канал закритий. Придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення зі статевих шляхів слизові.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Протипоказання до вагітності при захворюваннях серця?
4. Ускладнення вагітності при захворюваннях серця?

12.2 Відповідь

1. Вагітність I, термін вагітності 9 тижнів. Мітральний стеноз. Миготлива аритмія.
2. Переривання вагітності за медичними показаннями.
3. Легенева гіпертензія (тиск у легеневій артерії >50 мм рт.ст); Гемодинамічно значущі порушення ритму
 - Коронарна патологія (із синдромом стенокардії чи без нього);
 - Обструкція виносного тракту шлуночка
 - Аневризма аорти
 - Інфекційний ендокардит
 - Необхідність постійної антикоагулянтної
 - Ціаноз
 - Значна систолічна дисфункція (ФВ<40%)
 - Розшаровуюча аневризма аорти
4. Ускладнення основного захворювання — гостра серцева недостатність, хронічна правшлуночкова серцева недостатність, материнська смертність. Ускладнення зі сторони вагітності — невиношування вагітності, ранній початок пре еклампсії, гіпотрофія плода, дистрес плода, загибель плода.

Задача 3

Пешовагітна В.В, 33 роки, госпіталізована в стаціонар в терміні вагітності 36 тижнів зі скаргами на підвищення температури тіла до 38°C, болі в 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 °C. Дихання через ніс вільне, в легенях дихання везикулярне. Язик підсушений, обкладений білим налетом. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки, 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 в малий таз. Серцебиття плода ритмічне, 150 уд/хв, нижче пупка, зліва. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі. Внутрішнє акушерське дослідження:

піхва вільна., шийка матки відхилена дозад, щільна, довжиною 3 см, цервікальний канал закритий. Через переднє склепіння визначається голівка, при дослідженні відштовхується. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Виділення незначні, слизові.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
3. Акушерська тактика.
3. Які додаткові методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

12.3 Відповідь

1. Вагітність І, термін вагітності 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне предлежання, І позиція. Гестаційний пієлонефрит.
2. Медикаментозне лікування гестаційного пієлонефриту. Розродження через природні пологові шляхи.
3. Необхідні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, бактеріологічне дослідження сечі, УЗД нирок, консультація терапевта/нефролога.

Задача 4

Вагітна В.Л., 21 рік, звернулася на прийом зі скаргами на білі у животі, блювання, підвищення температури до 38,2°C. На обліку з 12 тижнів вагітності. Термін вагітності по О.М. 21 тиждень. Рухи плода відчуває добре, навколоплодові 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, в 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 в тонусі, збудлива при пальпації. Серцебиття плода вислуховується, 150 уд/хв. 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 в 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: Нb — 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.
3. Тактика лікування даної патології.

12.4 Відповідь

1. Вагітність I. Термін вагітності 21 тиждень. Гострий апендицит. Загроза переривання вагітності.
2. Загальний аналіз крові (підвищення РОЕ, лейкоцитоз, зсув формули вліво), загальний аналіз сечі, УЗД.
3. Хірургічне лікування гострого апендициту

Тема 13. Акушерські кровотечі під час першого триместру вагітності.

Задача 1

Першовагітна В.М. 26 років, госпіталізована 31.07.22 р. в гінекологічне відділення перинатального центру зі скаргами на перймоподібні болі внизу живота, кровотечу зі статевих шляхів. Протягом останніх 3-х останніх днів відмічала появу ниючих болів внизу живота, для зменшення інтенсивності болю приймала спазмолітини, після яких болю зменшувались. Дві години назад посторно виникли болю внизу живота та протягом години перейшли в переймоподібні та супроводжувались кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. На висоті однієї з преейм вагітна відмічає посилення кровотечі, виділення зі статевих шляхів окремих згортків. Деякі з них білуватого кольору. Інтенсивність перйм зменшилась. Загальний стан задовільний, шкіра чиста, блідо-рожева. Пульс 80 уд/хв, ритмічний, АТ 120/80 мм.рт.ст. на обох руках. Менструації з 12 років, 4-5 днів чрез 30 днів, регулярні, не болючі помірні. Остання менструація 12.06.22 р. Огляд в дзеркалах: піхва вільна, виповнена згортками крові, в церві кальному каналі частини плодового яйця. При бімануальному дослідженні: матка розмірами 5-6 тижнів вагітності, м'якої консистенції, округла, не болюча при пальпації. Відхилена допереду. Цервікальний канал пропускає палець. Придатки не визначаються. Склепіння глибокі, параметрії вільні. Виділення кров'яністі, значні.

Питання

1. Діагноз.
2. План ведення.
3. Тактика ведення неповного аборту.

13.1 Відповідь

1. Вагітність I, терміном 8 тижнів. Неповний аборт.

2. Кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку. Інфузійна терапія з метою стабілізації гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.
3. Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки. Абсолютні показання до хірургічного методу: інтенсивна кровотеча, розширення порожнини матки >50 мм (УЗД), підвищення температури тіла вище 37,5°C. Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під знеболенням; паралельно стабілізація гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати. Обов'язкове застосування антибіотиків. 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 С.М., 18 років, госпіталізована в акушерський стаціонар в терміні вагітності 38 тижнів та актиною пологовою діяльністю. Навколоплодові води не відходили. Ворушіння плода відчувала добре. Менструальна функція не порушена. Перша вагітність 7 років тому, пологи в строк, маса плода при народженні 4200 г. друга та третя вагітності – артифіціальний аборт в терміні вагітності 7-8 тижнів. Четверта вагітність завершилась строковими пологами, маса плоа при народженні 4000 г. Третій період ускладнився патологією виділення плаценти. Проводилось ручне виділення посліду. Дана вагітність п'ята, бажана. Загальний стан н ачас 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 в 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. Пологи III. Термін вагітності 38 тижнів. I період пологів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, I позиція, передній вид. 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. Через 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 з піхви виділилося 150 мл крові, зі згортками. Матка при пальпації розм'якшена, при пальпації скорочується. Характер кровотечі пульсоподібний. Загальна крововтрата 450 мл.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення післяпологового періоду.
3. Причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч.
4. Активна тактика ведення III періоду пологів.

13.2 Відповідь

1. Ранній післяпологовий період. Первинна післяпологова кровотеча. Гіпотонія матки.
2. Введення утеротоніків (Окситоцин 10 ОД /500 мл фізіологічного розчину з швидкістю 60 крапель / хвилину.
 - провести зовнішній масаж матки, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась провести ручне обстеження порожнини матки, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась застосування утеротоніків 2-ої – 3-ої лінії, якщо кровотеча продовжується бімануальний компресія матки або компресія аорти, якщо кровотеча зупинилась, а потім продовжилась, застосування балонної тампонади та призначення транексамової кислоти. Якщо якщо кровотеча продовжується, при величині крововтрати 1,5% і більше від маси тіла – хірургічне лікування. Об'єм оперативного втручання вирішується консилиумом лікарів. 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 М.В. 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар з регулярною пологовою діяльністю в терміні вагітності 40 тижнів. Пологова діяльність 10 годин. Перша вагітність 2 роки тому завершилась пологамі в 36 тижнів та народженням здорової дівчинки масою 3500 г. Післяпологовий період без ускладнень. Дана вагітність друга, бажана. З 37 тижнів патологічна прибавка ваги. За 10 днів на черговому огляді підвищення артеріального тиску до 140/90-145/95 мм.рт.ст. Обстежена – прееклампсія I 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. Навколоплодові води не відходили. Рухи плода відчуває добре. Загальний стан задовільний, шкіра блідо-рожева, чиста, набряки на ногах, передній черевний 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 в 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 перейми/потуги. Проведена амніотомія, вилилися світлі навколоплодові води в помірній кількості. Передлегла частина плода в широкій частині малого тазу. 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 з потуг

роділля відчула біль в животі, слабкість, запаморочення. Різко підвищилась рухливість плода. Роділля зблідла, шкіра вкрита 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 в паузах між потугами, та болючість ділянці нижнього сегмента відсутня. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Голвка в порожнині малого таза. Серцебиття плода приглушене, 90 уд/хв. Піхвове дослідження: голівка повністю виповнює порожнину малого таза, ості сідничних кісток не визначаються. Стрілоподібний шов у прямому прозмірі площини виходу малого таза, мале тім'ячко під симфізом.

Питання:

1. Сформулювати діагноз.
2. Симптоми, що підтверджують діагноз.
3. План ведення.
4. Матка Кувелера. Причини формування, тактика родорозрішення.

13.3 Відповідь

1. Діагноз. Вагітність II, пологи II, термін вагітності 40 тижнів. II період пологів, пізня фаза. Прееклмпсія I ст. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Дистрес плода. Геморагічний шок II ст?
2. Прееклмпсія: дані перебігу вагітності, підвищення АТ на момент поступлення, набряки на ногах, передній черевній стінці. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: тахікардія, гіпотонія, поява раптового болю в живот на висоті потуги, локальна болючість, гіпертонус в паузах між потугами, дистрес плода, кров'яністі виділенн яз піхви.
3. План ведення. Термінове розродження шляхом накладання вихідних акушерських щипців, ручне відділення та виділення посліду. Ручна ревізія стінок порожнини матки. Лікування геморагічного шоку.
4. Утворюється внаслідок центрального відшарування нормально розташованої плаценти. При такому відшаруванні

формується ретроплацентарна гематома. Якщо ділянка відшарування плаценти невелика, то можливе тромбування, відшарування плаценти припиняється, і на місці відшарування формуються 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 з ділянками крововиливів, повністю втрачає здатність скорочуватись (атонія матки). що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії. Лікування хірургічне – екстирпація матки.

Задача 4

Вагітна З. З, 24 років, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами на кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Орієнтовна втрата крові 300 мл (три просочені прокладки). Термін пологів по О.М. 34 тижні. Рухи плода відчуває добре. Навколоплодові води не відходили. При розпитуванні з'ясовано, що набряків, підвищення артеріального тиску протягом вагітності не було. Поза обліком. Перенесені захворювання: кір, тонзилектомія, паротит, ГРЗ. Менструації з 13 років встановилися відразу по 4 дні, через 28 днів, помірні, не болючі. Перша вагітність закінчилася штучним абортom в терміні 7 тижнів. Друга вагітність штучним абортom в терміні вагітності 8 тижнів. Дана вагітність – третя. Зі слів вагітної, в першому триместрі відмічала незначні мажучі виділення зі статевих шляхів, однократні, в терміні вагітності 28 тижнів під час домашніх робіт були однократні мажучі виділення на фоні повного благополуччя, самостійно пройшли. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви рожеві, набряків немає. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. АТ 110/70 мм. рт. ст, 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 в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 130 уд/хв. Огляд в дзеркалах: піхва вільна, виповнена згортками крові, цервікальний канал закритий. Орієнтовна крововтрата – 100 мл. Проведено УЗД. Діагноз: вагітність терміном 34 тижні. Центральне передлежання плаценти.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. План ведення
3. Фактори ризику передлежання плаценти:

13.4 Відповідь.

1. Діагноз: вагітність III, пологи III, терміном 34 тижні. Центральне передлежання плаценти. Маткова кровотеча.
2. План ведення – родорозрішення шляхом операції кесарського розтину.
3. Фактори ризику передлежання плаценти:
 - передлежання плаценти при попередній вагітності;
 - попередні кесареві розтини;
 - попереднє переривання вагітності;
 - багатонароджуючі (5+);
 - вік матері >40 років;
 - багатоплідна вагітність;
 - куріння;
 - недостатність ендометрію внаслідок:
 - рубця на матці;
 - ендометриту;
 - ручного видалення плаценти;
 - кюретажу;
 - субмукозної фіброміоми матки;
 - допоміжних репродуктивних технологій.

Задача 5

Вагітна К.Л., 32 років, госпіталізована у відділення патології вагітності з діагнозом - вагітність 38 тижнів, положення плода поздовжнє, чисто сідничне передлежання. Рухи плода відчувала добре, Навколоплодові води не відходили. Соматично здорова, гінекологічн захворювання заперечує. Менструації з 12 років встановилися відразу, 4-5 днів, через 28 днів, помірні, неболючі. Перша вагітність завершилась народженням здорової дівчинки вагою 3500,0 г втерміні 38 тижнів. Пологи не ускладнені, післяпологовий період не ускладнений. Друга вагітність, черз 3 роки, закінчилася пологами в 40 тижнів та народженням дівчинки масою 3800,0. Виписана на четверту добу в задовільному стані. Вагітність дана, третя, не ускладнена. Загальний стан задовільний. Маса тіла 66,5 кг, зріст 162 см. АТ – 120/70 мм рт.ст. Пульс – 78 ударів на 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. Мис не досягається. Пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Роміри тазу – 26-29-31-21 см. Діагноз при поступленні: вагітність ІІІ, пологи ІІІ, термін вагітності 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання, І позиція. З початком пологової діяльності, за відсутності ускладнень погои вирішено вести серез 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. В третьому періоді пологів застосовувалась активна тактика ведення. Протягом 30 хвилин відсутні ознаки відділення плаценти. Кровточа відсутня.

Питання.

1. Діагноз.
2. Симптоми, що підтверджують діагноз.

3. План ведення III періоду пологів.
4. Причини та клінічні прояви кровотеч в III періоді пологів.

13.5 Відповідь

1. Діагноз - Вагітність III, пологи III, термін вагітності 38 тижнів. Третій період пологів. Патологічне повне прикріплення плаценти.
2. Відсутність ознак відділення посліду протягом 30 хвилин, відсутність кровотечі.
3. План ведення - ручного відділення та виділення плаценти, ручна ревізія стінок порожнини матки. У випадку істинного прирощення плаценти хірургічне лікування (надпіхвова ампутація або екстирпація матки).
4. Причини:
 - патологія прикріплення плаценти (pl.accreta, increta, percreta);
 - 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 АВТПП та очікувальної тактики ведення III періоду пологів може свідчити про патологію прикріплення плаценти. При появі кровотечі в разі АВТПП та відсутності ознак відокремлення плаценти через 15 хвилин необхідно термінове видалення посліду.

Тема 14. Пологовий травматизм.

Задача 1

Роділля В.М, 32 роки, госпіталізована в акушерський стаціонар зі скаргами не переймоподібні болі внизу живота протягом 6-ти годин. Навколопологові води відійшли під час транспортування роділлі. Термін плогів по О.М. 40 тижнів. Жила та розвивалась в задовільних матеріально-побутових умовах. В дитинстві перенесла кір, вітряну віспу. Менструації з 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 в терміні вагітності 6 тижнів, ускладнень не було. третя – пологами в строк, вага плода при народженні 4000,0 г. При поступленні в 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 в 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 в 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.

Питання:

1. Сформулювати та обґрунтувати діагноз.
2. Тактика ведення пологів.
3. Ускладнення пологів при такому вставленні голівки.

4. Біомеханізм плогів при лицевому вставленні.

14.1 Відповідь

1. Діагноз: Вагітність IV. Пологи III Термін вагітності 40 тижнів, I період пологів, активна фаза. Положення плода поздовжнє, II позиція передній вид. Лицеве вставлення. Клінічно вузький таз. Ознаки клінічно вузького тазу: активна пологова діяльність, високе стояння голівки, поява потуг, ознака Вастена позитивна. Лицеве передлежання, передній вид: при пальпації матки визначається шийно-потилична борозна, при внутрішньому акушерському дослідженні пальпуються надбрівні дуги, корінь носа, рот, підборіддя, повернуте дозад.
2. Родорозршення шляхом операції кесарського розтину.
3. Загроза розриву матки, розрив матки, материнська смертність, загибель плода.

Задача 2

Першородяча А.В., 25 років, госпіталізована в акушерський стаціонар машиною швидкої допомоги зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, що розпочалися 5 годин тому, відходження навколо плодових води 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, пальпації її в паузах між переймами болюча. Відмічаються інтенсивні болі в ділянці нижнього сегменту. Нижній сегмент перерозтягнутий. Контракційне кільце на рівні пупка, косо. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Ознака Вастена позитивна. Роділля неспокійна, кричить, долоні рук тримає в ділянці нижнього сегмента. Серцебиття плода 180 уд/хв, глухе. Під час обстеження раптово з'явився дуже сильний, по типу «кинджального», біль внизу живота, пологова діяльність припинилась. Роділля раптово зблідла, вкрилась липким холодним потом. Загальний стан важкий, роділля погано реагує на запитання, відповідає з затримкою в часі та простими реченнями. АТ 80/40 мм.рт.ст., пульс 120 уд/хв. При

пальцїї живота матка відсутня, через передню черевну стїнку пальпуються дрібні частини плода. Серцебиття плода не вислуховується. Виражена болючість живота при пальпації. Симптом Щоткін-Блюмберга позитивний.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Обґрунтувати діагноз.
3. Тактика ведення пологів.

14.2 Відповідь

1. Діагноз: вагітність І, пологи І, терміном 40 тижнів. Перший період пологів. Клінічно вузький таз. Розрив матки. Геморагічний шок, ІІІ ст.
2. Діагноз встановлений на підставі клінічних симптомів: гіпердинамічна пологова діяльність, гіпертонус матки, тонус матки в паузах між переймами, болючість матки в паузах між переймами, симптом Вастена позитивний. «кинджальний біль» внизу живота, після якого пологова діяльність припинилась, відсутність матки при пальпації та пальпація частин плода через передню черевну стїнку, клінічні ознаки геморагічного шоку.
3. Тактика ведення пологів: лапаротомія з подальшим вирішенням об'єму оперативного втручання, лікування геморагічного шоку, перитоніту.

Задача 3

Першовагітна, К.В, 17 років, госпіталізована до пологового будинку з регулярними переймами в терміні вагітності 39 тижнів. Пологова діяльність була регулярна – 4 перейми за 10 хвилин тривалістю 45 секунд. При надходженні 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, голвка плода великим сегментом у площині

входу в 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: Вагітність I, пологи I, терміном 39 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, 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. Оглянутий, цілий. Відразу після народження посліду почалася кровотечі. Матка округла, щільна, при пальпації не болюча. Дно матки на рівні пупка. У зв'язку з кровотечею проведено огляд пологовий шляхів в 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.

Питання:

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика ведення раннього післяпологового періоду.
3. Класифікація розривів шийки матки, діагностичні критерії.

14.3 Відповідь

1. Ранній післяпологовий період. Розрив шийки матки, II ст., розрив промежини, II ст.
2. Тактика: зашивання розривів одразу після пологів.
3. Класифікація розривів шийки матки: I ступінь - розрив шийки матки з одного або з 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 в дзеркалах - дефект, розрив тканин шийки матки.

Тема 15. Післяпологові септичні захворювання.

Задача 1

Породілля В.А, 28 років, звернулась на прийом на 4-й день післяпологового періоду зі скаргами на відчуття напруженості в ділянці промежини на місці епізіотомної рани. Дані пологи другі, не ускладнені. Народилась жива, доношена дівчинка масою 4000.0 г. В пологах розрив промежини II ст. ушитий. На шкіру промежини накладено 3 шовкових шва. Післяпологовий період протікав без ускладнень. Виписана на третю добу в 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 С. Дихання через ніс вільне, в легенях везикулярне дихання. Молочні залози не напружені, не болючі. Лактація достатня. Живіт м'який, неболючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Висота стоянн дна матки на 4 п/п нижче пупка. Матка округлої форми, щільна, не болюча, чутлива при пальпації. Виділення з піхви кров'янисто-серозні, помірні. Шви на раньовій поверхні покриті гнійним налетом, тканина навколо швів гіперемована, набрякла. Пальпація швів болюча.

Питання

1. Сформулювати діагноз та обґрунтувати його.
2. Тактика ведення пацієнтки
3. Класифікація розриву промежини.

15.1 Відповідь

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 дренивання 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;
- центральний 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.М, 37 років, звернулась на прийом зі скаргами на біль в правій молочній залозі, загальну слабкість, втрату апетиту, поганий сон, підвищення температури до 39°C. Пологи відбулися 10 днів назад, строкові, не ускладнені. Народилася жива, доношена дівчинка вагою 3500 г. Виписана на 4-у добу в задовільном у стані. За день до прийому відмічала підвищення температури до 38,5°C, нагрубання правої молочної залози, зниження лактації. За медичною допомогою не зверталась. Приймала спазмолітини, аспірин, самотійно проводила масаж молочної залози та зціджування молока, розцінюючи вищеназвані симптоми як лактостаз. Загальний стан погіршився, з'явилися озноби, підвищення температури до 39°C. Відмічає виражену загальну слабкість та посилення болю в молочній залозі.

Об'єктивно: загальний стан порушений, температура тіла 39.1,°C, пульс 98 уд/хв, АТ 110/70 мм.рт.ст. Шкіра бліда, чста. Права молочна залоза збільшена, напружена, болюча при пальпації, гіперемована. При пальпації в ділянці зовнішньо верхнього квадранта відмічається щільний болючий інфільтрат з ділянкою флуктуації. В правій пахвинній ділянці

пальпують збільшені лімфатичні вузли. Жи віт м'який, не болючий при пальпації, приймає участь в акті дихання. Матки при пальпації не визначається. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Огляд в дзеркалах: піхва вільна, шийка матки сформована, черві кальний канал закритий. Вижідення незначні, серозні. Дані УЗД відповідають 10-му дню післяпологового періоду.

Питання

1. Діагноз.
2. Тактика ведення пацієнтки.
3. Класифікація маститу.

15.2 Відповідь

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

Задача 3

Породілля В.В, 33 роки. Третя доба післяпологового періоду. В анамнез пологи з приводу клінічно вузкого таза. Родорозрішення було проведено шляхом операції кесарського розтину в нижньому сегменті. Післяопераційний період перші дві доби без ускладнень. На третю добу 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, з неприємним запахом.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Тактика лікування.
3. Клінічні прояви акушерського перитоніту:

15.3 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. Частіше виникає на 1-3 добу. Клінічні симптоми акушерського перитоніту:
 - загальний стан середнього ступеня тяжкості або тяжкий;
 - шкірні покрови бліді, з землистим відтінком;
 - тахікардія, гіпотонія;
 - температура тіла висока, рідше субфебрильна;
 - язик сухий, обкладений білим/сірим налетом;
 - здуття живота, нудота, блювота, метеоризм, відсутність перистальтики кишечника;
 - напруження м'язів передньої черевної стінки;
 - позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга;
 - передня черевна стінка не бере участі в акті дихання.

Задача 4

Повторнородяща В. М, 28 років, госпіталізована в акушерський стаціонар з регулярною родовою діяльністю, при доношеній вагітності. Вилиття навколоплодових вод за 4 години до початку пологів. Пологи в терміні вагітності 40 тижнів супроводжувались первинною слабкістю пологової діяльності (стимуляція окситоцином), в II періоді пологів дистрес плода Родорозрішення шлхм накладання вихідних акушерських щипців. Проводилось ручне відділення та виділення посліду в III періоді пологів. Загальна тривалість

пологів 18 годин. З приводу асфіксії плода, що почалася, накладені порожнинні щипці. На 3 день після пологів скарги на підвищення загальну слабкість, поганий сон, втрату апетиту, підвищення температури до 38,4°C, біль внизу живоба, виділення з піхви мутні, кров'янисті з 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, в 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. Дна матки на рівні пупка. Матка м'яка, болюча при пальпації, край матки «розмитий». Огляд в дзеркалах: піхва вільна, шийка матки сформована. Лохії кров'янисто-гнійні, мутні, з неприємним запахом.

Питання

1. Сформулювати діагноз?
2. Додаткові методи обстеження.
3. Тактика лікування.

15.4 Відповідь

1. Пізній післяпологовий період, 3 доба. Післяпологовий ендометрит.
2. Загальний аналіз крові з тромбоцитами, біохімічний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження виділень. УЗД органів малого тазу.
3. Антибіотикотерапія, інфузійна терапія, дезінтоксикаційна терапія, проточно-промивне дренування порожнини матки,

Тема 16. Оперативне акушерство

Задача 1

В акушерський стаціонар госпіталізована повторнородяча в терміні вагітності 38 тижнів. Пологова діяльність активна, 6 годин. На протязі останнього тижня відмічала раптове збільшення розмірів живота. Води відійшли 2 години назад, через деякий час з'явилося відчуття «чужородного тіла» в піхві (зі слів роділлі),пологова діяльність наростала, над лоном, при поглажуванні) виникало відчуття болючості. У зв'язку з вищезначеними 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 рахуно 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.

Питання

1. Сформулювати діагноз.
2. Метод родорозрішення в даній клінічній ситуації.
3. Ускладнення запущеного поперечного положення плода.

16.1 Відповідь

1. Вагітність терміном 38 тижнів. Запущене поперечне положення плода. Інтранатальна загибель плода.
2. Плороруйнуча операція – декапітація, ручне відділення та виділення плаценти, ручна ревiзiя стiнок порожнини матки.
3. Розрив матки, травма м'яких пологових шляхів, травми кісток таза, травми органів малого таза жінки, інвалідація роділлі, формування пориць в післяпологовому періоді.

Задача 2

Повторнородяща М. В, 28 років, госпіталізована в пологовий будинок з регулярною пологовою діяльністю в терміні вагітності 40 тижнів. Перейми виникли за 8 годин до поступлення в стаціонар. Навколоплодові води відійшли за 3 годин до поступлення. Рухи плода відчуває добре. Пологова діяльність активна – 4 перейми за 10 хвилин. Тривалість перейми - 40 секунд. В дитинстві: кір, скарлатина, вітряна віспа, хронічний сальпінгоофорит. На протязі життя: ГРВІ, хронічний цистит, хронічний пієлонефрит. Менструації з 14 років встановилися відразу, по 4-5 днів, через 25 днів, помірні, неболючі. Статеве життя з 16 років. Перша вагітність закінчилася народженням живої дівчинки вагою 3200,0 г, друга - медичним абортom в терміні 10 тижні. Дана вагітність 3-тя. Загальний стан на час вступу 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 в малий таз. Симптом Вастена сумнівний. Серцебиття плода ритмічне, 140 ударів за хвилину. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, відкриття 9-10 см. Плодовий міхур відсутній. Передлегла частина плода, голівка, притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу в 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.

Питання.

1. Діагноз, симптоми, що його підтверджують
2. Тактика родорозрішення.
3. Показання до ургентного кесарського розтину.

16.2 Відповідь

1. Діагноз: вагітність III, пологи II, термін вагітності 40 тижнів, I період пологів, активна фаза. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, I позиція. Задній асинклітизм. Клінічно вузький таз. Простий плоский таз, I ст.

2. Пологи закінчити операцією кесаревого розтину.

3. Показання до операції ургентного кесарського розтину:

- кровотеча до пологів або в 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);
- клінічно вузький таз;
- аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються корекції;
- невдала спроба індукції пологів;
- аональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Задача 3

Першородяча В.М, 42 роки, госпіталізована в стаціонар з активною пологовою діяльністю в терміні вагітності 38 тижнів. Навколоплодові води не відходили. Рухи плода відчуває добре. В дитинстві: кір, скарлатина. На протязі життя ГРВІ. Менструації з 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, І позиція, передній вид. Голівка плода малим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття пледу яритмічне, 140 ударів за хвилину. Перейми – 3 перейми тривалістю 35 секунд за 10 хвилин. Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна, шийка матки згладжена, краї її тонкі, розтяжні, 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 недосягається, пухлин, екзостозів у малому тазу не виявлено. Діагноз при поступленні: вагітність І, пологи І, терміном 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання, І позиція, передній вид. Перший період пологів, активна фаза. Пологи велися консервативно, через природні плогові шляхи. Через чотири години роділля знаходиться в ІІ періоді пологів. Пологова діяльність активна – 4 потуги тривалістю 45 секунд за 10 хвилин, стан плода задовільний, стан роділлі задовільний. Через 40 хвилин від початку ІІ періоду пологів серцебиття плода 90 уд/хв, не вирівнюється після потуги. Проведено внутрішнє акушерське дослідження: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній, голівка плода в площині виходу малого таза, стрілоподібний шов у прямому розмірі площини виходу малого таза, мале тім'ячко під симфізом. Підтікають світлі навколоплодові води.

Питання:

1. Діагноз.
2. План ведення пологів
3. Умови та показання до накладання акушерських щипців.

16.3 Відповідь.

1. Діагноз: вагітність І, пологи І, терміном 38 тижнів. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. ІІ період пологів, пізня фаза. Дистрес плода.
2. Родорозрішення шляхом накладання акушерських щипців.
3. Показання до накладання акушерських щипців:

- тяжкі форми пізніх гестозів (пreeклампсія, еклампсія в пологах);
- екстрагенітальна патологія, яка потребує виключення або вкорочення потуг (скорочення другого періоду пологів);
- слабкість родової 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 тазу);
- показання зі 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 в 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. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періодах».