

Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України

ПАТОЛОГІЧНЕ АКУШЕРСТВО

ЗМІСТОВІ МОДУЛІ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ
ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Київ

2008

УДК 618(072)
ББК 57.1я7
М-54

Патологічне акушерство. (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»).
Методичні вказівки для викладачів вищих медичних навчальних закладів / Венцківський
Б.М., Камінський В.В., Грищенко В.І., Жилка Н. Я., Сенчук А.Я., Астахов В.М. та інші – К.:
«Чайка-Всесвіт», 2009.– 380 с.

ISBN

Книга містить методичні вказівки для викладання навчального матеріалу з патологічного акушерства (змістових модулів за системою КМСОНП) з дисципліни «акушерство і гінекологія». Методичні вказівки підготовлені згідно з програмою навчання на медичному факультеті за спеціальністю «лікувальна справа». Описано методику викладання основних розділів патологічного акушерства. Навчальний матеріал наданий виходячи з принципів доказової медицини і містить сучасну інформацію про патологічний перебіг вагітності і пологів, ведення вагітності, пологів і післяпологового періоду з ускладненнями. Один з розділів книги присвячений введенню в доказову медицину.

Для викладачів вищих медичних навчальних закладів.

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як методичний посібник для викладачів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації (протокол № 1 від 16.12.2008 р. засідання науково-методичної Комісії з медицини Міністерства освіти і науки України)

ISBN

© Авторський колектив, 2009
© Проект «Здоров'я матері та дитини», 2009

Список скорочень

АЛТ	аланинамінотрансферази
АСТ	аспартатамінотрансферази
АЧТЧ	активований частковий трормбіновий час
БПП	біофізичний профіль плода
БЧСС	базальна частота серцевих скорочень
ВДМ	висота стояння дна матки
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ВР	відносний ризик
ВУІ	внутрішньоутробне інфікування плода
ВШ	відношення шансів
ДІ	довірчий інтервал
ДМ	доказова медицина
ДРП	дихальні рухи плода
ЗАР	зниження абсолютного ризику
ЗВР	зниження відносного ризику
ІАП	індекс амніотичної рідини
КТГ	кардіотокографія
МП	маса плода
НОП	науково обґрунтована практика
НСТ	нестресовий тест
ОВ	обвід живота
ОЦК	об'єму крові, що циркулює
ПІ	перинатальні інфекції
ПЛ	плацентарний лактоген
ПЧ	протромбіновий час
РДС	респіраторний дистрес-синдром
РКД	рандомізоване контрольоване дослідження
СО	систематичні огляди
СТГ	соматотропний гормон
ТЧ	тромбіновий час
УЗД	ультразвукове дослідження
ХГЛ	хоріонічний гонадотропін людини
ХОС	хвилинний об'єм серця
ЦВТ	центральний венозний тиск
ЧД	частота дихань
ЧСС	частоти серцевих скорочень
ЧХНЛ	число хворих, яких необхідно лікувати

Передмова

Втілення Болонської системи вищої освіти в Україні (КМСОНП), зокрема медичної, в сучасний період розвитку потребує розробки навчальної літератури для студентів вищої медичної школи з урахуванням потреб цієї системи.

Акушерство, одна з основних дисциплін в підготовці лікарів медичних факультетів, в теперішній час інтенсивно розвивається як в теоретичному, так і в практичному напрямку. Великий потік інформації потребує аналізу для запровадження всесвітньо визнаних медичних технологій, що ґрунтуються на доказах. Науково-доказова медицина - новітня технологія збору, аналізу, синтезу та застосування наукової медичної інформації, базується на достовірно доведених дослідженнях.

За останні роки в практичному акушерстві відбулися ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги вагітним, роділлям і породіллям, які засновані на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні у цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу вагітності і пологів, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства

Переорієнтація системи акушерських знань на науково обґрунтовану/доказову базу повинно втілюватися в систему викладання акушерства в вищій школі. Тому ми вважали за необхідне створити методичні вказівки для викладачів вищої школи, які б відповідали цим потребам. Викладення матеріалу як з урахуванням методичних потреб, так і сучасних акушерських знань, базованих на принципах доказової медицини, є основою даних вказівок.

Дане видання є продовженням методичних вказівок «Фізіологічне акушерство» (модуль I) і містить інформацію про патологічне акушерство. Подібна література видається в Україні вперше.

Колектив авторів буде вдячний викладачам вищої школи за всі зауваження і пропозиції.

ЗМІСТ

Передмова

Введення в доказову медицину

Методичні вказівки

МОДУЛЬ II Патологічна вагітність

- Тема 1. Ранні гестози. Рідкісні форми гестозів.
- Тема 2. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія.
- Тема 3. Ізоімунний конфлікт при вагітності.
- Тема 4. Багатоплідна вагітність. Патологія навколоплідного середовища.
- Тема 5. Великий плід.
- Тема 6. Тазове передлежання плода.
- Тема 7. Неправильні положення плода під час вагітності та в пологах.
- Тема 8. Екстрагенітальна патологія при вагітності.
- Тема 9. Перинатальні інфекції.
- Тема 10. Плацентарна недостатність. Затримка росту плода.
- Тема 11. Дистрес плода при вагітності та під час пологів.
- Тема 12. Невиношування вагітності.
- Тема 13. Переношена вагітності.
- Тема 14. Позаматкова вагітність.

МОДУЛЬ III Патологічні пологи і післяпологовий період

- Тема 1. Передчасні пологи.
- Тема 2. Аномалії пологової діяльності.
- Тема 3. Вузький таз.
- Тема 4. Розгинальне вставлення голівки плода.
- Тема 5. Кровотечі в другій половині вагітності та під час пологів
- Тема 6. Кровотечі в третьому періоду пологів та після пологів.
- Тема 7. Геморагічний шок та ДВЗ-синдром в акушерстві.
- Тема 8. Емболія амніотичною рідиною.
- Тема 9. Акушерські щипці. Вакуум-екстракція плода.
- Тема 10. Витягання плода за тазовий кінець.
- Тема 11. Плродоруйнівні операції.
- Тема 12. Кесарів розтин.
- Тема 13. Акушерський травматизм.
- Тема 14. Післяпологові інфекційні захворювання.

МОДУЛЬ IV Планування сім'ї

Введення в доказову медицину

Одним з найважливіших завдань у вирішенні проблем охорони здоров'я є забезпечення якості надання медичних послуг населенню. За визначенням експертів ВООЗ гарантією якості медичної допомоги є забезпечення кожному пацієнтові оптимального комплексу медичної допомоги у відповідності з віком, біологічними властивостями індивіда. Вплинути на поліпшення якості та підвищення рівня медичного обслуговування населення, у тому числі і жіночого, реально лише при запровадженні всесвітньо визнаних медико-організаційних технологій, що ґрунтуються на доказах.

Останні десятиріччя відмічені значними досягненнями в області діагностики і лікування різних захворювань. Розвиток складних технологій і, відповідно, підвищення вартості медичної допомоги привели до того, що в жодній країні світу не забезпечується рівний доступ до всіх видів медичних втручань. При цьому для досягнення оптимальних кінцевих результатів необхідний розумний баланс між вартістю, ефективністю і ризиком несприятливих наслідків лікарських втручань. Вирішити цю проблему можна шляхом переорієнтації клінічної практики на науково обґрунтовану практику/доказову медицину, що ґрунтується на принципах клінічної епідеміології.

Нині впровадження доказової медицини (ДМ), як нового світогляду клінічної медицини, набуває державного значення. Витоки виникнення ДМ виходять ще з середини минулого століття, коли на рубежі 80-90-х років в англійській медицині була сформована нова область знань – клінічна епідеміологія. Найбільшу популярність одержали роботи вчених Університету Мак-Мастера (Онтаріо, Канада) D.Sackett, В.Naynes та інших, які вперше намагались розглянути клінічну медицину з позицій суворих наукових принципів. Ці наукові принципи значно вплинули на стиль медичної практики і світогляд лікарів.

Важливу роль в становленні ДМ зіграло Кокрановське співробітництво – міжнародна організація, яка займається аналізом і розповсюдженням систематичних оглядів клінічних досліджень. Перший Кокрановський центр був відкритий в жовтні 1992 р. в Оксфорді. У жовтні 1993 р. відбувся перший щорічний Кокрановський колоквиум, де представники 9 держав стали співзасновниками Кокрановського співробітництва.

Нині у світі налічується 16 Кокрановських центрів, в т.ч. у Росії, інформаційна електронна база яких містить біля 2,5 тис. систематичних оглядів та понад 340 тис. рефератів оригінальних публікацій.

Кокрановська бібліотека – самий потужний інструмент доказової медицини. Завдяки Кокрановській бібліотеці кожен лікар, що володіє англійською мовою, навичками роботи з електронними базами даних, може в лічені хвилини знайти необхідну інформацію.

Ідея доказової медицини була з ентузіазмом сприйнята передовими медиками всього світу. І нині, згідно сучасних стандартів розвинених країн, жоден новий метод лікування, профілактики або діагностики не може бути визнаним без обов'язкової ретельної перевірки в ході надійних контрольованих клінічних досліджень.

Доказова медицина – це використання найбільш достовірних, з наукової точки зору, досліджень для вирішення завдань клінічної практики. ДМ являє собою новий підхід до надання медичної допомоги з використанням двох фундаментальних принципів. По-перше, при виборі методу втручання лікар обов'язково повинен враховувати такі фактори, як співвідношення користі і ризику, зручність методу для хворого, затрати на обстеження та лікування, пріоритети життєвих цінностей хворого. По-друге, при прийнятті клінічного рішення необхідно враховувати дані достовірних клінічних досліджень.

Згідно з вимогами науково обґрунтованої практики (НОП), прийняття рішення, що стосується надання медичної допомоги, повинно ґрунтуватись на найбільш актуальній, достовірній та значимій науковій інформації. Це рішення повинно прийматись пацієнтом виходячи з інформації, яка надана йому лікарем на основі знань, якими він володіє, з урахуванням існуючих ресурсів.

Спеціаліст, який не користується в своїй діяльності існуючими доказовими даними, втрачає серйозні можливості допомогти пацієнту та навіть ризикує нанести шкоду його здоров'ю. В кожній країні надання науково обґрунтованої медичної допомоги вважається важливою складовою роботи лікаря незалежно від його спеціальності.

У відповідності до резюме Сицилійської декларації з питань надання пацієнтам оптимальної медичної допомоги нині загальновізнана необхідність обов'язкового володіння спеціалістами принципами і методами доказової медицини. І нині в більшості країн світу клінічна епідеміологія і доказова медицина стали невід'ємною частиною підготовки лікарів.

Згідно резюме Сицилійської декларації курс навчання, який забезпечує оволодіння НОП, повинен базуватися на п'яти етапній моделі (табл. 1).

Табл.1. Приклади доказових даних для деяких аспектів навчання НОП та оцінки результатів.

Результати навчання	Приклади методів навчання	Приклади методів оцінки
<p>Формулювання невизначеності у вигляді конкретного питання.</p> <p>В ході практичної діяльності студент з'ясовує те, чого він не знає та формулює питання. Питання повинно бути сформульоване так, щоб зробити пошук та оцінку доказових даних на послі-дуючих етапах максимально ефективним.</p>	<p>Наводяться клінічні випадки або студентам пропонується прийняти участь у веденні хворого. Чітко формулюються питання в структурованому форматі. Пропонується декілька форма-тів: що складається з трьох (хворий – втручання – результат), чотирьох (хворий – втручання – порівняння – результат) та п'яти (хворий – втручання – порівняння – результат - час) ланок.</p>	<p>Навички можна оцінити приводячи приклади з клінічних випадків/ ситу-ацій, щоб сту-дент чітко формулював питання.</p>
<p>Систематичний пошук та знаходження доказових даних. Студент складає стратегію пошуку та здійснює її. Стратегія повинна бути повною та ефективною, щоб було можливо отримати всю доказову інформацію по даному питанню. Студент розуміє переваги і недоліки різних джерел інформації.</p>	<p>Теоретичне навчання, яке підкріплене на контрольованому практичному занятті з онлайн-овим зв'язком з джерелом інформації [39]. Показуються різні бази даних, наприклад, Кокранівська бібліотека, Медлайн, CINAHL, Evidance-Based Medicine, SumSearch, tripdatabase.com, та обговорюються їх порівняльні характеристики.</p>	<p>Для перевірки вміння студентів формулювати пи-тання та здійсню-вати пошук дока-зових даних про-водиться комп'ю-теризований клі-нічний екзамен в стандартизованих умовах.</p>
<p>Оцінка достовірності доказових даних та їх клінічної значущості. Студент може оцінити достовірність дослідження. Ця оцінка включає: відповідність типу дослід-ження, аналіз результатів. Студент може оцінити значення результатів та</p>	<p>Навчання цієї навички приділяється найбільша увага та час.</p>	<p>Тести для перевірки вміння критично оціню-вати достовір-ність інформації.</p>

перевести їх у важливі в клінічному відношенні статистичні показники, напр., число хворих, яких необхідно лікувати.		
Використання результатів на практиці. Студент оцінює, наскільки одержана інформ-ація вирішує проблему, через яку виникло питання. Студент може з'ясувати позицію пацієнта та оцінити застосовність відповіді.	Приклади включають використання підбраної з даного питання наукової інформації. Це потребує вивчення можливості екстраполяції цієї інформації на даний клінічний випадок та конкретизації результатів у відповідності до ризиків у даного пацієнта.	Об'єктивне структуроване клінічне дослідження та взаємодія з хворим після прочитання наданих матеріалів.
Оцінка виконаної роботи. Студент формулює конкретні питання, шукає джерела наукової інформації, оцінює її або використовує вже перевірену та застосовує на практиці. Студент оцінює, наскільки успішно він діяв на кожному етапі.	Рольова гра під керівництвом викладачів НОП.	Знання студентом відношення до проблеми та поведінка.

Найбільш відома методика навчання доказовим підходам розроблена в центрі доказової медицини в Оксфорді під керівництвом Девіда Саклета. Розроблені ним базові аспекти навчання принципам доказової медицини включають:

- постійну орієнтацію на пацієнта – навчання буде найбільш ефективним, якщо воно орієнтовано на захворювання пацієнтів самих студентів;
- постійну увагу до студентів з використанням різноманітних тактичних підходів та врахуванням всіх можливих обставин;
- активність та інтерактивність з формуванням у студентів особистої оцінки вивчаємого матеріалу та інтеграції його зі своїми знаннями та професійними навичками: взаємодія студентів між собою і викладачем підсилює активний процес, підтримує індивідуальний підхід до навчання;
- орієнтацію на існуючі клінічні ситуації і обставини: наприклад, тактика навчання в поліклініці буде значно відрізнятися від такої у відділенні інтенсивної терапії;
- навчання як шлях оволодіння азами експертної медицини, необхідність сприйняття студентами доказовості як центрального і необхідного елементу рутинної роботи в клініці;
- багато стадійність навчання: інформація сприймається краще, якщо вона надається невеликими порціями, з частими повторами; невеликі перерви в навчанні дають можливість більш ефективного сприйняття пройденого матеріалу, формування нових питань, відбору найбільш необхідних проблем для вивчення.

Відповідно до принципів доказової медицини надійність досліджень базується на методологічній якості їх проведення, величині і точності ефекту, відтворюваності. Достовірність отриманих в ході дослідження результатів і можливість їх подальшого використання на практиці визначається в першу чергу методологією проведення дослідження.

Розрізняють два основні види досліджень: обсерваційні – проводяться методом спостереження без попереднього втручання і експериментальні – порівняльні дослідження впливу якого-небудь втручання із застосуванням клінічного випробування.

Перевагою обсерваційних спостережень є відносна простота проведення, а недоліком – можливість наявності відмінностей в досліджуваних групах, які приводять до систематичних помилок і недостовірних висновків. До обсерваційних досліджень відносяться когортні дослідження, поперечні і дослідження випадок-контроль. Вибір дизайну залежить від області клінічного дослідження (табл. 2).

При проведенні когортного дослідження формуються дві або більше групи пацієнтів, які розрізняються за дією визначеного агента. Надалі, ці групи спостерігають, відзначаючи, у якої групи розвивається певний результат. В початкові групи повинні включатися пацієнти в однаковій фазі хвороби. Основними критеріями якості такого роду досліджень є: формування груп пацієнтів на основі чітких критеріїв, повне відстеження пацієнтів, об'єктивні критерії результату.

Табл. 2. Вибір дизайну залежно від області клінічного дослідження.

Область клінічного дослідження	Мета дослідження	Дизайн дослідження
Лікування	Перевірка ефективності лікарських препаратів, хірургічних втручань, альтернативних методів лікування та інших втручань	Рандомізоване контрольоване випробування
Діагностика	З'ясування достовірності (чи можна йому довіряти) і надійності (отримали б ми такі ж результати при повторних дослідженнях) нового діагностичного тесту	Поперечне дослідження, при якому проводять як новий тест, так і тест, що служить "золотим стандартом"
Скринінг	З'ясування цінності тестів, які застосовуються до великих груп людей, що дозволяють виявити захворювання на ранній (безсимптомній) стадії	Поперечне дослідження
Прогноз	Визначення того, що може ймовірно відбутися з пацієнтом, у якого хвороба діагностовано на ранніх стадіях	Лонгітудіальне когортне дослідження
Етіологія	Визначення залежності між гіпотетичним шкідливим чинником і розвитком захворювання	Когортне дослідження або дослідження "випадок-контроль" залежно від поширеності захворювання, описи окремих випадків

В дослідженні «випадок-контроль» порівнюються дві групи популяцій: група «випадки» (формується з людей, у яких спостерігаються захворювання або результати, що вивчаються) і контрольна група (захворювання або результати, що вивчаються, відсутні). Частота дії чинника ризику, що вивчається, в обох групах оцінюється ретроспективно, що дозволяє розрахувати відносний ризик розвитку захворювання у зв'язку з чинником ризику, що вивчається.

Якщо метою дослідження є вивчення нового методу діагностики, необхідно з'ясувати достовірність і надійність нового діагностичного тесту. Для цього проводять поперечне дослідження, при якому вивчають новий тест порівняно з тестом - "золотим стандартом", що служить (найнадійнішим на момент дослідження) методом для діагностики даного захворювання.

До експериментальних видів дослідження відносяться рандомізовані контрольні дослідження (РКД), які є "золотим стандартом" методології клінічних досліджень. Перевагою РКД є висока методологічна якість, яка зумовлює мінімізацію систематичних помилок і підвищує надійність дослідження, що досягається застосуванням основних принципів РКД рандомізації та маскування. В РКД дія чинника встановлюється за допомогою формування експериментальної і контрольної груп з подальшим порівнянням результатів, які спостерігаються в цих групах. Рандомізація – це розподіл пацієнтів на групи (експериментальну і контрольну) випадковим способом з використанням спеціальних комп'ютерних програм. Застосування рандомізації забезпечує однорідність груп за основними параметрами, що впливають на ефективність технологій, що вивчаються. Маскування ("сліпий метод") може бути простим - коли інформація про те, до якої групи (експериментальної або контрольної) віднесений кожний випробовуваний, відсутня тільки у пацієнта; подвійним - ця інформація відсутня як у пацієнта, так і у дослідника; і потрійним - недоступна пацієнту, досліднику, а також особам, які здійснюють статистичну обробку результатів дослідження.

Первинні дослідження можуть об'єднуватись в систематичні огляди (СО). СО – це по суті наукові дослідження, де об'єктом вивчення служать результати декількох оригінальних досліджень. СО синтезують результати цих досліджень з використанням підходів, що зменшують вірогідність систематичних і випадкових похибок. Ці підходи включають всебічний пошук публікацій згідно визначеного питання і використання точних критеріїв відбору публікацій для огляду. В подальшому здійснюється оцінка структури і особливостей досліджень, узагальнення даних і інтерпретація отриманих результатів. Проведення СО дозволяє підвищити надійність і точність первинних досліджень і значно звужити пошук необхідних даних.

Основними характеристиками якісного клінічного дослідження є: надійність дослідження, величина ефекту, її точність і відтворюваність. Надійність дослідження характеризується методологічною якістю - якою мірою дослідження мінімізує систематичні помилки. Величина ефекту, спостережувана в конкретному дослідженні, називається точковою оцінкою ефекту. Мірою точності (ступені достовірності випадкових помилок) дослідження є довірчий інтервал (ДІ). Відтворюваність характеризується можливістю використання результатів дослідження для конкретної категорії пацієнтів.

Для кожного виду дослідження наразі сформульовані вимоги до його проведення, специфічні стандарти якості, обробки і представлення даних.

Аналіз і оцінку даних досліджень можна здійснювати, використовуючи критерії, запропоновані D. Sackett та співт, залежно від проблеми, що вивчається.

Діагностика

- Чи було незалежне порівняння з «золотим стандартом» діагностики?
- Чи оцінювався діагностичний тест на адекватній групі пацієнтів (такої ж, з якою доводиться стикатися на практиці)?
- Чи проводилося порівняння із стандартом незалежно від результату тесту?
- Чи був тест перевірений на іншій групі пацієнтів?

Етіологія

- Чи були проаналізовані групи аналогічно у всьому, окрім впливу що нас цікавить (етіологічного агента)?
- Чи вимірювалися дії та їх результати однаково в обох групах?
- Чи було спостереження за пацієнтами достатньо тривалим, а втрати при спостереженні мінімальними?
- Чи може вважатися етіологічний агент причиною захворювання?
- Чи росте ризик розвитку
- Чи є дані, що при видаленні агента ризик захворювання знижується?
- Чи підтверджуються дані іншими дослідженнями?
- Чи можна описати патологічну дію даного агента?
- Дослідження побічних ефектів лікарських засобів оцінюються так само, як і дослідження етіології.

Терапія

- Чи була група контролю?
- Чи був відбір пацієнтів в групи лікування і контролю випадковим (рандомізація)?
- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи всі пацієнти аналізувалися в тих групах, до яких вони були спочатку віднесені?
- Чи знали пацієнти і медичний персонал про те, в яку групу включений пацієнт (маскування)?
- Чи одержували групи однаково лікування (за винятком препарату, що вивчається)?
- Чи були групи однаковими на початку дослідження?

Прогноз

- Чи була репрезентативна група пацієнтів відібрана незабаром після початку захворювання?
- Чи було спостереження достатньо тривалим, а втрати при спостереженні зведені до мінімуму?
- Чи застосовувалися об'єктивні критерії оцінки результату?
- Якщо були виявлені підгрупи з прогнозом, що розрізняється, чи проводилася корекція за основними чинниками ризику?
- Чи проводилася перевірка отриманих даних на іншій групі пацієнтів?

Для оцінки досліджень з ефективності терапії застосовуються наступні показники: відносний ризик (ВР), відношення шансів (ВШ), зниження відносного ризику (ЗВР), зниження асолютного ризику (ЗАР). Найочевидніша міра ефективності лікування при його порівнянні з іншими методами лікування - число хворих, яких необхідно лікувати (ЧХНЛ, NNT). Навіть за наявності достатньої величини терапевтичного ефекту необхідна впевненість в достовірності величини цього ефекту, її статистичної значимості, яка визначається показником «р». Проте, величина «р» дозволяє судити лише про статистичну достовірність, клінічна значимість визначається за довірчим інтервалом (ДІ). Звичайно використовують 95% ДІ, який вказує на те, що у 95% випадків істина величина знаходиться в межах діапазону значень, що приводиться. Значення ДІ відношення шансів або відносного ризику більше 1 означає негативний ефект, менше 1 – позитивний ефект. При діапазоні ДІ відносних величин, що включає 1 (наприклад, 0,65–1,45), клінічна значимість ефекту сумнівна, оскільки застосування експериментального лікування може давати і позитивні і негативні результати. Чим

вужче довірчий інтервал, тим ближче точкова оцінка ефекту до істинної величини. Точність оцінки прямо пропорційна розміру вибірки.

Оцінка точності досліджень стосовно діагностики хвороб включає аналіз основних характеристик діагностичного тесту – чутливості та специфічності, а також показників прогностичної цінності позитивного і негативного результатів тесту (чим вище показник, тим більша вірогідність наявності захворювання при позитивному результаті тесту або відсутності хвороби при негативному результаті) та відношення правдоподібності позитивного і негативного результатів тесту (при величинах тесту більше 10 для позитивного результату тесту і менше 0,1 для негативного результату можна приймати майже остаточне рішення стосовно наявності шуканого захворювання).

Враховуючи обмеження, притаманні несистематичним клінічним дослідженням, експерти доказової медицини пропонують розділяти всі дослідження в залежності від рівня доказовості.

Критерієм розподілу є критичний аналіз методології досліджень. Найбільш надійним джерелом інформації щодо ефекту технології є систематичні огляди. Використовують слідуєчі критерії оцінки достовірності клінічних доказів (шкала рівнів доказовості досліджень):

A (I) – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень „випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження „випадок-контроль”. Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

C (IV) – дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних вирішень за відсутності доказів рівня A (I) і B (II-III).

D (V) – експериментальні дослідження або думка експертів. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження рівнів A (I), B (II-III), C (IV) не проводилися з етичних або інших причин.

Наведена класифікація достовірності досліджень спрощує дії лікаря при вирішенні тієї чи іншої проблеми: він повинен шукати і застосовувати на практиці самі достовірні із наявних даних. Сама концепція ієрархії достовірності клінічних доказів свідчить про те, що дані про ефективність чи неефективність втручань завжди є. Такі дані можуть бути малопереконливими, але повинні враховуватись.

При формуванні клінічної стратегії на державному і регіональному рівні потрібно враховувати значно більше коло факторів, ніж для лікування конкретного пацієнта. Принципи доказової медицини на рівні клінічної стратегії застосовуються при розробці державних нормативів (стандартів) надання медичної допомоги та клінічних керівництв (протоколів).

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

МОДУЛЬ II ПАТОЛОГІЧНА ВАГІТНІСТЬ

Тема 1. РАННІ ГЕСТОЗИ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Ранні гестози розвиваються на ранніх етапах ембріогенезу, часто сприяють виникненню інших форм акушерської (гіпотонії, анемії вагітних, загрози переривання вагітності, пізніх гестозів) і перинатальної (гіпоксія, дефекти розвитку плода) патології. Ранні гестози несприятливо відбиваються на формуванні умов, необхідних для нормальної адаптації організму вагітної до наявності плодового яйця в матці.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікацію ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініку ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрегенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

У результаті проведеного заняття студент повинен вміти:

1. Виявляти і оцінювати фактори ризику розвитку ранніх гестозів.
2. Проводити діагностику ранніх гестозів.
3. Об'єктивно оцінювати ступінь тяжкості гестозу.
4. Виконувати прості скринінгові методи допоміжного обстеження.
5. Призначати додаткові методи обстеження, інтерпретувати їх.
6. Складати план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
7. Проводити профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

III. Базові знання

1. Діагностика вагітності в ранні строки (сумнівні, імовірні та достовірні ознаки вагітності).
2. Збирання анамнезу.
3. Проведення загального і спеціального огляду вагітних
4. Визначення строку вагітності.
5. Аналіз лабораторних та інструментальних досліджень, основних показників гомеостазу.
6. Механізми центральної і місцевої регуляції гемодинаміки.
7. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, ліпідного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.

IV. Зміст навчального матеріалу

Поняття “ранні гестози” існує тільки в практиці акушерів - гінекологів країн СНД. В акушерській практиці зарубіжних країн такого поняття не існує, там ці стани розцінюються як “малі” ускладнення вагітності, або “неприємні симптоми при вагітності”. Але в МКХ-10, розділ ХУ, рубрика О21 включає блювоту різного ступеня тяжкості при вагітності, а рубрики О26 та О28 передбачують інші стани, пов'язані з вагітністю. Тому ми вважаємо доцільним розглядати в окремому розділі особливі стани вагітності під рубрикою “ранні гестози”.

Вказану патологію вагітності поділяють на дві групи (за клінічним перебігом):

1. Ранні гестози, що часто зустрічаються - блювота вагітних і птіалізм.
2. Ранні гестози, що рідко зустрічаються – дерматози вагітних, холестатичний гепатоз вагітних, гострий жировий гепатоз вагітних, хорея вагітних, остеомаліяція при вагітності.

Етіологія і патогенез ранніх гестозів

Для пояснення причин виникнення ранніх гестозів запропоновано багато теорій (токсемічна, алергічна, ендокринна, нейрогенна, психогенна, імунна та ін.).

В сучасних теоріях ранні гестози розглядають як наслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, в якій ведучу роль відіграє функціональний стан ЦНС.

Тривала надмірна імпульсація з боку плідного яйця викликає надмірне подразнення трофотропних ділянок гіпоталамуса, стовбура мозку та утворень, які приймають участь в регуляції вегетативних функцій і гальмуванні нервових процесів в корі головного мозку. Як наслідок - переважання процесів збудження в стовбурі мозку (зокрема, блювотного центру).

Фактори ризику виникнення ранніх гестозів

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, порушення режиму в дитячому та підлітковому віці тощо).
- Екстрагенітальні захворювання.
- Порушення функції нервової системи, стресові ситуації.
- Перенесені захворювання статевих органів, які можуть бути причиною змін в рецепторному апараті матки і виникнення патологічної імпульсації до ЦНС.

Блювота вагітних

Блювота вагітних (emesis gravidarum) являє собою складний клінічний синдром. Акт блювоти — один із проявів захворювання, при якому розвиваються диспепсичні, моторні, секреторні, чутливі, судинні та інші розлади.

За ступенем тяжкості розрізняють блювання вагітних легке (до 5 разів на добу), помірне (від 5 до 10 разів) і надмірне або тяжке блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) з порушенням обміну речовин (більше 10 разів на добу). Слід відмітити, що у 50% вагітних в ранніх строках спостерігається "ранкова блювота", яка не має патологічного характеру і не потребує медикаментозної корекції.

При визначенні тяжкості захворювання визначають *клінічні прояви* : загальний стан вагітної, сухість шкіри, жовтяничність склер та шкіри, наявність або відсутність апетиту, саливації, нудоти, частоту блювоти та її інтенсивність, криву зниження маси тіла, ступінь зневоднення, пульс, артеріальний тиск, субфебрильну температуру, величину діурезу. Оцінка ступеню тяжкості блювоти вагітних включає в себе і результати лабораторних досліджень: питому вагу сечі, наявність кетонурії, наявність ацетону в сечі, рівні білірубину, креатініну в крові.

Для *діагностики* та контролю ефективності лікування проводять наступні дослідження:

- контроль маси тіла;
- контроль діурезу;
- динаміка АТ;
- визначення гематокриту та гемоглобіну;
- дослідження сечі (питома вага, ацетон, кетонів тіла, білок);
- біохімічне дослідження крові (білірубін і його фракції, печінкові фермент, креатинін);

- визначення рівня електролітів в крові (K, Na, Cl);
- визначення кислотно-лужного стану крові (КЛС).

Диференціальний діагноз блювоти вагітних потрібно проводити з наступними захворюваннями: харчова токсикоінфекція, гастрит, панкреатит, пієлонефрит, жовчнокам'яна хвороба, вірусний гепатит, апендицит, менінгіт, пухлини мозку тощо.

Лікування блювоти вагітних

Велика кількість рекомендованих засобів лікування відображають більшість теорій, що пояснюють причини розвитку блювоти вагітних. Але неконтрольоване застосування цих засобів лікування ранніх гестозів в деяких випадках може бути шкідливим, зважаючи на те, що в ранніх термінах вагітності відбувається ембріогенез.

При *легкому ступені* блювоти нормалізація режиму вагітної жінки дозволяє уникнути госпіталізації в стаціонар. Рекомендується корекція харчового раціону: дрібне (5-6 разів на добу), збалансоване харчування, рясне пиття, вітамінотерапія. Хворим призначають легку їжу, яка добре засвоюється (сухарі, пюре, чай, какао, каву, нежирне м'ясо, рибу, яйця, вершкове масло та ін.). Приймати її слід лежачи, часто і малими порціями, бажано в охолодженому вигляді.

Можуть бути застосовані нетрадиційні методи впливу: голкорексфлексотерапія, гіпноз, центральна електроаналгезія, гомеопатична терапія та інші.

При блювоті вагітних *помірного та важкого ступенів* показана госпіталізація і призначення медикаментозного лікування.

До появи стійкої здатності утримувати їжу, лікарські засоби потрібно вводити тільки парентерально. Для впливу на центральну нервову систему, як на основний патогенетичний чинник, з метою пригнічення збудливості блювотного центру призначають: етаперазин по 0,002 г, перорально, 3-4 рази на добу, 10-12 днів (якщо хвора утримує таблетки); торекан по 1,0 мл внутрішньом'язово, або 6,5 мг у вигляді драже або ректальних свічок 2 -3 рази на добу; дроперидол по 0,5 — 1,0 мл внутрішньом'язово 1—3 рази на день; церукал по 10 мг внутрішньом'язово або перорально.

З метою ліквідації гіпопротеїнемії і зневоднення доцільне внутрішньовенне крапельне введення білкових препаратів (плазми), розчину Рінгера-Локка. Взагалі всі інфузії проводять тільки за показаннями залежно від показників лабораторних досліджень. Кількість рідини визначається станом водного балансу.

Ускладнення: надмірна блювота може приводити до зневоднення, виснаження, синдрому Мелорі-Вейса (розрив слизової оболонки шлунка). У ряді випадків доводиться достроково переривати вагітність в інтересах матері. Показанням до цього є відсутність ефекту від лікування протягом 7— 10 днів, загрозливі стани життю матері, стійка тахікардія, гарячкові стани, прогресуюча протеїнурія і циліндрурія, наявність жовтяниці та ацетону в сечі.

Профілактикою ранніх гестозів вагітних є своєчасне виявлення жінок з ризиком щодо розвитку раннього гестозу, їх оздоровлення, лікування супутньої патології, рання постановка на облік по вагітності.

Слиночечка вагітних

Слиночечка (ptyalismus) спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом гестозу. Кількість слини при гіперсолівації може досягати 1,0 л за добу. Слиночечка не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ. При слиночечці проводять аналогічне лікування, як при блюванні. Іноді з метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Доцільне полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дуба та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості. Переривання вагітності ця патологія не потребує.

Рідкісні форми гестозів

Дерматози вагітних - група захворювань, що виникають у зв'язку з вагітністю і зникають після її переривання. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей. Захворювання шкіри при вагітності залежать від функціонального дисбалансу між корою і підкіркою, підвищеної збудливості вегетативної нервової системи, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній. Дерматози вагітних проявляються у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лікування дерматозів: харчування з обмеженням білків і жирів, препарати, що регулюють функцію нервової системи і обмін речовин, антигістамінні засоби, рідко системні або місцеві кортикостероїди.

Пемфігоїд вагітних – рідка, але важка патологія, що супроводжується передчасними пологамі, затримкою розвитку плода, дистресом плода, підвищенням перинатальної смертності. Сверблячі висипи спочатку з'являються на шкірі живота біля пупка, потім розповсюджуються на кінцівки, досягаючи долоні та стопів. Спочатку це папули та бляшки, через 2 тижня вони трансформуються у везикули та щільні пухирі. Діагноз ставиться на підставі виявлення комплементу в базальній мембрані епідермісу.

Лікування: місцево 1% крем гідрокортизону, або системні кортикостероїди та антигістамінні засоби із седативним ефектом.

Холестатичний гепатоз вагітних може виникати в різні терміни вагітності, але частіше зустрічається в III триместрі й виникає у 1 на 2000 вагітних. Патогенез цього захворювання достатньо не вивчений. Суттєве значення в його виникненні можуть мати такі фактори, як гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол, збільшення продукції холестерину, зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі. Виникненню жовтяниці передують розповсюджене інтенсивне свербіння шкіри. Загальний стан хворої при холестатичному гепатозі вагітних суттєво не змінюється. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також дещо більш виражене, ніж при неускладненій вагітності, підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений (до 90 мкмоль/л), а після пологів швидко нормалізується. Зростає рівень лужної фосфатази. Не спостерігається збільшення кількості таких печінкових ферментів, як АЛТ і АСТ.

Диференційний діагноз слід проводити з ураженням печінки і жовчовивідних шляхів механічними або інфекційними факторами, а також внаслідок порушення обмінних процесів. Можливе виникнення жовтяниці внаслідок вираженої інтоксикації організму при тяжких формах ранніх гестозів.

Лікування холестатичного гепатозу полягає в призначенні раціонального харчування (дієта № 5) і в застосуванні засобів, що сприяють ліквідації свербіння шкіри. З цією метою використовують холестирамін по 12 - 15 мг на добу (зв'язує солі жовчних кислот). Застосування урсодезоксіхолієвої кислоти допомагає покращити функцію печінки. В окремих випадках може з'явитись необхідність у перериванні вагітності внаслідок наростання клінічних проявів захворювання та погіршення стану плода. За тиждень до запланованих пологів доцільно призначати вітамін К з метою зниження ризику післяпологових кровотеч.

Гострий жировий гепатоз вагітних — одна з тяжких форм гестозу, що частіше зустрічається в пізніх термінах вагітності (33 - 40 тижнів) з розповсюдженістю 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою смертністю. Морфологічно він виявляється вираженою жировою дистрофією гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу. В клінічному перебігу жирового гепатозу виділяють дві стадії. Дожовтяничну - супроводжується болем в

животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтяничну - наростають симптоми печінкової та ниркової недостатності, інтоксикації, енцефалопатії, розвивається ДВЗ-синдром і нерідко настає загибель плода. Безпосередньою причиною загибелі вагітної стає набряк головного мозку та тяжка коагулопатична кровотеча.

Лікування полягає у негайному перериванні вагітності, перебуванні пацієнтки в реанімаційній палаті, дезінтоксикаційній терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, можливо застосування гемодіалізу.

Хорея (тетанія) вагітних виникає в зв'язку з порушенням обміну кальцію внаслідок гіпофункції паращитоподібних залоз. Клінічно вона проявляється судомними некоординованими посіпуваннями м'язів верхніх, нижніх кінцівок, іноді – обличчя, зовсім рідко гортані або шлунка.

Лікування необхідно проводити з урахуванням дефіциту натрію, кальцію або магнію в організмі. В контролюючих дослідженнях благоприємного впливу препаратів кальцію в порівнянні з плацебо не доведено. Психотерапія, масаж, та вправи на розтягування м'язів застосовуються для полегшення симптомів під час приступу.

Остеомаляція - зустрічається надзвичайно рідко і зумовлена декальцифікацією кісток і їх розм'якшенням. Найчастіше уражаються кістки таза та хребет, що супроводжується їх болючістю та деформаціями.

Лікування остеомаляції полягає в нормалізації фосфорнокальцієвого обміну. На сучасному етапі всі порушення обміну мінералів в кістках, що приводять до їх резорбції, діагностують за допомогою денситометрії - сучасного ультразвукового метода дослідження кісток.

Профілактика ранніх гестозів

Профілактика ранніх гестозів полягає в лікуванні хронічних екстрагенітальних захворювань до вагітності, забезпеченні психоемоційного спокою вагітної, зменшенні впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Вагітні з раннім гестозом, особливо з його рецидивом, складають групу ризику акушерської і перинатальної патології (не виношування вагітності, пізній гестоз, плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, патологія новонародженого), що треба передбачати в профілактиці цих ускладнень.

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий етап – мотивація теми, контроль базового і основного рівня знань, видача завдання для самостійної роботи.

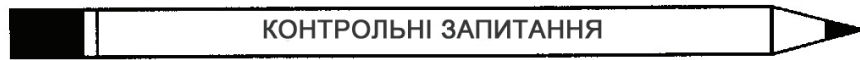
Б. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: огляд вагітних з ранніми гестозами, збирання анамнезу, оцінювання факторів ризику розвитку ранніх гестозів, складання плану обстеження для діагностики ранніх гестозів, оцінювання ступеня тяжкості гестозу, виконання простих скринінгові методів обстеження (колір шкіри, сухість шкіри, АТ, пульс, діурез тощо), проведення аналізу результатів лабораторного дослідження, призначення додаткових методів обстеження, інтерпретація їх, складання плану індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом, аргументація плану ведення і прогнозу вагітності, призначення рекомендацій при виписуванні вагітної.

В. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, гінекологічне відділення, реанімація, мала операційна, учбові кімнати.

Оснащення: таблиці, слайди, дані лабораторних досліджень, історії хвороби вагітних з раннім гестозом.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?
2. Яка класифікація ранніх гестозів?
3. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
4. Яка клініка блювання вагітних?
5. Які методи обстеження показані при блюванні вагітних?
6. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
7. Які клініка, обстеження та лікування при слинотечі у вагітних?
8. Які клініка, обстеження та лікування дерматозів вагітних?
9. Які клініка, обстеження та лікування холестатичного гепатозу вагітних?
10. Які клініка, обстеження та лікування гострого жирового гепатозу вагітних?
11. Які клініка, обстеження та лікування хорей вагітних?
12. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями?
13. Яка профілактика ранніх гестозів?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Виявити і оцінити фактори ризику розвитку ранніх гестозів при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Провести аналіз скарг вагітної та встановити попередній діагноз.
3. Виконати прості скринінгові методи обстеження (оцінити колір шкіри, сухість шкіри, АТ, пульс, діурез тощо).
4. Скласти план обстеження вагітної з підозрою на ранній гестоз.
5. Провести аналіз даних, отриманих при обстеженні вагітної, встановити діагноз раннього гестозу.
6. Оцінити ступінь тяжкості раннього гестозу.

7. Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
8. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при ранніх гестозах.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 16 років поступила до відділення в термін 7-8 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд/хв, АТ 90/60 мм ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, язик сухий, тахіпное (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення виділення сечі, температура 37,6°.



Поставте діагноз. Визначте тактику.



Надмірне блювання вагітних з порушенням обміну речовин. Відновлення водного балансу, лікування метаболічного ацидозу, визначення тактики протягом 5-7 діб. При відсутності ефекту лікування – переривання вагітності.

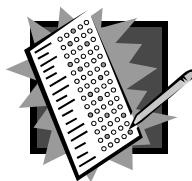
2. Вагітна 23 років, строк вагітності 6-7 тижнів. Турбують нудота та блювота 4-7 разів на добу, виділення слини досягає 1,0 л за добу. Вага зменшилась на 3 кг.



Поставте діагноз, призначте лікування.



Помірне блювання вагітних із салівацією. Відновлення водного балансу, внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу, полоскання порожнини рота засобами, що мають в'язучі властивості..



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 32 років доставлена каретою швидкої допомоги на ношах. Вагітність перша, строк 3 - 4 тижня. Захворіла кілька годин тому, скаржитись на біль в животі, слабкість, головний біль, нудоту, виснажливу печію, свербіння шкіри. При обстеженні підвищені АСТ, АЛТ.



Який попередній діагноз?



- A. Дерматоз вагітних.
- B. Гострий жировий гепатоз вагітних*
- C. Прееклампсія.
- D. Хорея.

2. Жінка в термін вагітності 3 - 4 тижня звернулася із скаргами на інтенсивне свербіння шкіри, протягом кількох днів, появу жовтяниці. При лабораторному обстеженні визначається помірний лейкоцитоз, нейтрофіліоз, а також підвищення ШОЕ. Вміст білірубину в крові підвищений до 98 мкмоль/л.



Який попередній діагноз?



- A. Дерматоз вагітних.
- B. Холестатичний гепатоз вагітних.*
- C. Гострий жировий гепатоз вагітних.
- D. Прееклампсія.

Тема 2. ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ. ПРЕЕКЛАМПСІЯ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених; пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема пreeклампсії, істотно переглянуто.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Термінологію, класифікацію пreeклампсії.
2. Етіологію, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініку пreeклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення пreeклампсії.
6. Методи діагностики пreeклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.
8. Методи лікування різних форм пreeклампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості пreeклампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
11. Методи профілактики пре еклампсії.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику пreeклампсії.
2. Проводити діагностику пізніх гестозів.
3. Визначати ступінь тяжкості пreeклампсії.
4. Розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику пreeклампсії.
5. Призначати лікування вагітним з пізніми гестозами різного ступеня тяжкості, включаючи еклампсію.
6. Складати план розродження вагітної з пізнім гестозом.
7. Проводити профілактику розвитку пре еклампсії.
8. Проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли пreeклампсію.

III. Базові знання

1. Діагностика вагітності при пізніх строках.
2. Оцінка стану плода.
3. Особливості гемоциркуляторних та адаптаційних змін в організмі вагітної.
4. Механізми розвитку набрякового синдрому, види і ступені коагулопатій, ДВЗ-синдром.
5. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, жирового, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.

IV. Зміст навчального матеріалу

В Україні існує різна термінологія стосовно даної патології. До цього часу застосовують термін – пізні гестози, який можна вважати застарілим. Сучасними термінами є – преєклампсія, гіпертензивні розлади при вагітності.

Преєклампсія є симптомокомплексом поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає під час вагітності. Преєклампсія не є самостійним захворюванням, це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що розвивається. Реалізується ця неспроможність через різноманітний ступінь виразності перфузійно-дифузійної недостатності в системі мати — плацента — плід.

Класифікація преєклампсії МКХ-10: O13–O15

Легка преєклампсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії

Преєклампсія середньої тяжкості

Тяжка преєклампсія

Преєклампсія неуточнена

Еклампсія

Еклампсія під час вагітності

Еклампсія під час пологів

Еклампсія в післяпологовому періоді

Еклампсія неуточнена за терміном

Етіопатогенез преєклампсії

Нараховується близько 30 різноманітних теорій. Серед причин преєклампсії, особливо тяжких форм, провідне місце належить екстрагенітальній патології, аутоімунним порушенням; ендокринним захворюванням. Велика кількість різних теорій патогенезу преєклампсії говорить про те, що жодна із них не описує його повністю.

Важлива роль у походженні преєклампсії належить:

- 1) недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;
- 2) дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

Зміни в органах, характерні для преєклампсії:

1. В серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.
3. В нирках: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.
4. В печінці: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
5. В ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Існує важка клінічна форма гестозу - HELLP-синдром (**H**emolysis-мікроангіопатична гемолітична анемія, **E**levation of Liver enzymes - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, **L**ow Platelet count - зниження рівня тромбоцитів). Патологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці і розтягнення глисонової капсули (болі у верхній ділянці живота). Гепатоцелюлярний некроз обумовлює підвищення трансаміназ.

Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з пошкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи зсідання, не переривається, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром із смертельною кровотечею.

Фактори ризику розвинення прееклампсії

1. Екстрагенітальна патологія: захворювання нирок, печінки, гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легенів та бронхів, вади серця, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ендокринопатії.
2. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:
 - наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі;
 - наявність прееклампсії при попередній вагітності;
 - вік вагітної (менше 19, більше 30 років);
 - багатоводдя, багатопліддя;
 - анемія вагітної;
 - ізосенсибілізація за Rh-фактором та АВО-системою;
3. Соціально-побутові чинники:
 - шкідливі звички;
 - професійні шкідливості;
 - незбалансоване харчування.

Знання чинників ризику розвинення прееклампсії та їх виявлення дозволить своєчасно формувати групи ризику щодо виникнення прееклампсії.

Клінічні прояви

Класична триада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром.

Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер'ї є клінічними проявами тяжких форм прееклампсії.

Діагностика

Діагноз прееклампсії є правомірним у термін більше 20 тижнів гестації за наявності АТ більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного АТ на 15% від вихідного в I триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "прееклампсія" встановлюють за наявності гіпертензій у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак.

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми ПГВ. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань.

Для поєднаних форм пізніх гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" якоїсь екстрагенітальної патології.

Як критерій тяжкості гіпертензії у вагітних, показання до початку антигіпертензивного лікування та оцінки його ефективності використовують тільки значення діастолічного АТ. Для визначення останнього слід враховувати V тон Короткова (а не IV, як раніше).

Таблиця 1. Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії/еклампсії.

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка прееклампсія	90-99	<0,3	–
Прееклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка прееклампсія	≥110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї

			Гіперрефлексія Олігурія (< 500 мл/доб) Тромбоцитопенія
Еклампсія	≥90	≥0,3	Судомний напад (один чи більше)

Примітка. Наявність у вагітної хоча б одного з критеріїв більш тяжкої преєклампсії є підставою для відповідного діагнозу.

Таблиця 2. Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії.

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, ммоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, ммоль/л	< 4,5	4,5–8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75–120	> 120 або олігурія
Тромбоцити·10 ⁹ /л	> 150	80–150	< 80

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку преєклампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АД, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі) 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

Лікування преєклампсії

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії.

Легка преєклампсія

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої преєклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах стаціонару денного перебування. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації: поява хоча б однієї ознаки преєклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої преєклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

Преєклампсія середньої тяжкості

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару

Первинне *лабораторне обстеження*: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

Охоронний режим – напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Раціональне харчування: їжа з підвищеним вмістом білків, **без обмеження солі та води**, вживання продуктів, які не викликають спраги.

Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності препарати заліза. При діастолічному АТ > 100 мм рт.ст. призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, максимальна доза – 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза – 100 мг).

В термін вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для *профілактики респіраторного дистрес-синдрому* (РДС) – дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази впродовж 2 діб.

Дослідження проводять із встановленою кратністю **динамічного спостереження показників:**

- контроль АТ – кожні 6 годин першої доби, надалі – двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі – щодоби;
- добова протеїнурія – щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АлТ і АсТ, креатинін, сечовина – кожні три дні;
- щоденний моніторинг стану плода

При прогресуванні преєклампсії розпочинають підготовку до розродження:
Розродження.

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. За умови неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландинами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100·10⁹/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АлТ та АсТ.

Тяжка преєклампсія

Вагітну госпіталізують до відділення анестезіології та інтенсивної терапії стаціонару III рівня для оцінки ступеня ризику вагітності для матері і плода та вибору методу розродження протягом 24 годин. Виділяють індивідуальну палату з інтенсивним цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Негайні консультації терапевта, невропатолога, окуліста.

Катетеризують периферичну вену для тривалої інфузійної терапії, за необхідності контролю ЦВТ – центральну вену, для контролю погодинного діурезу – сечовий міхур. За показаннями - трансназальна катетеризація шлунка.

Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлТ та АсТ; група крові та резус-фактор (за відсутності); загальний аналіз сечі, визначення протеїнурії, креатиніну, сечовини, загальний білок, білірубін та його фракції, електроліти.

Ретельне динамічне спостереження:

- контроль АТ – щогодини;
- аналіз сечі – кожні 4 години;
- контроль погодинного діурезу (катетеризація сечового міхура катетером Фалея);
- гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, функціональні печінкові проби, креатинін плазми – щодоби;
- моніторинг стану плода

Лікування. Охоронний режим (суворий ліжковий). В термін вагітності до 34 тижнів – кортикостероїди для профілактики РДС- дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази, впродовж 2 діб.

Тактика ведення активна з розродженням у найближчі 24 години з моменту встановлення діагнозу незалежно від строку вагітності.

Антигіпертензивна терапія.

Лікування артеріальної гіпертензії не є патогенетичним, але необхідне для матері та плода. Зниження АТ має на меті попередження гіпертензивної енцефалопатії та мозкових крововиливів. Слід прагнути довести АТ до безпечного рівня (150/90–160/100 мм рт. ст., не нижче!), який забезпечує збереження адекватного мозкового та плацентарного кровотоку. Швидке і різке зменшення рівня АТ може викликати погіршення стану матері та плода. Антигіпертензивну терапію проводять при підвищенні діастолічного тиску > 100 мм рт.ст. Доведено, що медикаментозну антигіпертензивну терапію не слід розпочинати, якщо АТ<150/100 мм рт.ст. Постійна антигіпертензивна терапія здатна зменшити частоту прогресування гіпертензії (розвитку тяжкої гіпертензії) та підвищення тяжкості прееклампсії, що розвинулася, але не може запобігти прееклампсії. Постійна антигіпертензивна терапія не поліпшує наслідки вагітності для плода і, навіть, призводить до збільшення частоти народження дітей з низькою масою тіла та з малою масою для гестаційного віку. У цілому, зниження АТ завдяки медикаментозній терапії може покращувати наслідки вагітності для матері, але не для плода. З антигіпертензивних засобів під час вагітності застосовують: метилдофу 1,0–3,0 г на добу (препарат вибору), ніфедипін 5–10 мг під язик, лабеталол внутрішньовенно 10 мг, аденоблокатори, клонідин 0,5–1мл 0,01% розчину внутрішньовенно чи внутрішньом'язово або 0,15–0,2 мг під язик 4–6 разів на день, гідралазин 20 мг (1 мл) внутрішньовенно За умови можливості дослідження типу гемодинаміки антигіпертензивну терапію проводять з його урахуванням. У разі гіперкінетичного типу доцільно застосовувати комбінацію лабеталолу з ніфедипіном, при гіпокінетичному – клонідин + ніфедипін на фоні відновлення ОЦК, при еукінетичному – метилдофа + ніфедипін.

Слід уникати застосування сечогінних, особливо у випадках прееклампсії (крім набряку легенів або ниркової недостатності). Категорично протипоказані інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту та блокатори рецепторів ангіотензину II.

Як антиконвульсант з одночасною антигіпертензивною дією використовують сульфат магнію, що є препаратом вибору для профілактики та лікування судом, які у госпіталізованих жінок виникають внаслідок недостатнього лікування тяжкої прееклампсії.

Абсолютно доведено, що сульфат магнію попереджає розвиток еклампсії і є препаратом вибору для її лікування. Усі жінки з еклампсією повинні отримувати сульфат магнію під час пологів та упродовж 24 годин після пологів. Магnezіальна терапія – це болусне введення 4 г сухої речовини сульфату магнію (в/в протягом 5 хвилин) з подальшою безперервною внутрішньовенною інфузією зі швидкістю, яка визначається станом хворої. Магnezіальну терапію починають з моменту госпіталізації, якщо діастолічний АТ > 130 мм рт.ст. Мета магnezіальної терапії – підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної на рівні, потрібному для профілактики судом.

Достатність дози сульфату магнію визначається рівнем його у сироватці крові у перші 4-6 годин. Якщо немає можливості проводити контроль рівня сироваткового магнію, погодинно ретельно оцінюють наявність/відсутність клінічних симптомів токсичності сульфату магнію (зниження колінних рефлексів, ЧД < 14).

Ознаки магнезійної інтоксикації можливі навіть на фоні терапевтичних концентрацій магнію у плазмі крові за умови комбінації з іншими препаратами, особливо з блокаторами кальцієвих каналів. З появою ознак токсичності сульфату магнію призначають 1 г глюконату кальцію (10 мл 10%-го розчину) в/в, який завжди повинен знаходитися біля ліжка хворої.

Моніторинг стану вагітної під час проведення антигіпертензивної та магнезійної терапії включає вимірювання АТ кожні 20 хв.; підрахунок ЧСС; спостереження за частотою та характером дихання (ЧД має бути не менше 14 за 1 хв.); визначення сатурації O₂ (не нижче 95%); кардіомоніторний контроль; ЕКГ; перевірка колінних рефлексів кожні 2 год.; контроль погодинного діурезу (має бути не менше 50 мл/год.). Крім того, контролюють симптоми наростання тяжкості прееклампсії: головний біль, порушення зору (двоїння предметів, «мерехтіння мушок» в очах), біль у епігастрії; симптоми можливого набряку легенів (тяжкість в грудях, кашель з мокротинням чи без нього, задуха, підвищення ЦВТ, поява крепітації чи вологих хрипів при аускультатії легенів); зростання ЧСС та ознак гіпоксії; зниження рівня свідомості; стан плода (аускультатія серцебиття щогодини, фетальний моніторинг).

Інфузійна терапія. Умовою адекватної інфузійної терапії є суворий контроль об'єму введеної і випитої рідини та діурезу. Діурез має бути не менше 50 мл/год. Загальний об'єм рідини, що вводиться, має відповідати добовій фізіологічній потребі жінки (у середньому 30–35 мл/кг) з додаванням об'єму нефізіологічних витрат (крововтрата тощо). Швидкість введення рідини не повинна перевищувати 85 мл/год. або погодинний діурез + 30 мл/год. Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є ізотонічні сольові розчини (Рингера, NaCl 0,9%). У разі необхідності відновлення ОЦК оптимальними препаратами є 6% або 10% розчини гідроксиетилкрохмалю (стабізол, рефортан). Гідроксиетилкрохмалі або декстрини слід вводити разом з кристалоїдами у співвідношенні 2:1. До інфузійно-трансфузійної програми доцільно включати донорську свіжозаморожену плазму для ліквідації гіпопротеїнемії (показники білка плазми < 55 г/л), нормалізації співвідношення антикоагулянти/прокоагулянти, що є профілактикою кровотеч у пологах і післяпологовому періоді.

Не використовують гіпоосмолярні розчини – 5% і 10% глюкозу, а також їх суміші з електролітами (“поляризуючі суміші”), оскільки вони часто викликають гіпоглікемію у плода, посилюють накопичення лактату в мозку матері, погіршуючи неврологічний прогноз у разі еклампсії. До введення розчинів глюкози у хворої на тяжку прееклампсію вдаються лише за абсолютними показаннями – гіпоглікемія, гіпернатріємія та гіпертонічна дегідратація, іноді – у хворих на цукровий діабет для профілактики гіпоглікемії.

Тактика розродження.

Розродження проводять з урахуванням акушерської ситуації. Перевагу віддають пологам через природні родові шляхи з адекватним знеболенням (епідуральна анестезія або інгаляція закисом азоту).

За умови готових родових шляхів проводять амніотомію з наступним призначенням родозбудження окситоцином.

За умови неготової шийки матки та відсутності ефекту від підготовки простагландинами, або у разі прогресування гіпертензії, загрози судомного нападу, погіршення стану плода розродження проводять шляхом операції кесаревого розтину.

Показанням до планового кесаревого розтину у разі тяжкої прееклампсії є прогресування прееклампсії або погіршення стану плода у вагітної з незрілими родовими шляхами.

При погіршенні стану вагітної або плода у другому періоді пологів накладають акушерські щипці або проводять вакуум-екстракцію плода на фоні адекватного знеболення.

У третьому періоді пологів - утеротонічна терапія з метою профілактики кровотечі (окситоцин внутрішньовенно краплинно). Метилергометин не застосовують!

Після пологів лікування прееклампсії продовжують залежно від стану жінки, клінічної симптоматики та лабораторних показників. Необхідні моніторинг АТ і антигіпертензивна терапія. Дози антигіпертензивних препаратів поступово зменшують, але не раніше, ніж через 48 годин після пологів. Магnezіальна терапія триває не менше 24 годин після пологів.

Прееклампсія у післяпологовому періоді

Призначають охоронний режим, контроль АТ, збалансоване харчування.

Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів) та сечі, біохімічне дослідження крові (АлТ та АсТ, білірубін, креатинін, сечовина, загальний білок), коагулограма.

Лікування. За умови застосування гіпотензивних препаратів до пологів, після пологів продовжують їх введення. У разі недостатньої ефективності терапії додають тiazидні діуретики. При виникненні гіпертензії вперше після пологів лікування починають з тiazидних діуретиків. Сульфат магнію призначають за показаннями у разі ризику виникнення еклампсії. Проводять ретельний контроль інволюції матки. Профілактика кровотечі введенням окситоцину.

Випускання породіллі з пологового стаціонару здійснюють після нормалізації стану породіллі під нагляд лікаря жіночої консультації та необхідних спеціалістів.

Еклампсія

Про високий ризик розвитку еклампсії свідчать: сильний головний біль, висока гіпертензія (діастолічний АТ > 120 мм рт.ст.), нудота, блювання, порушення зору, біль у правому підребер'ї та/або епігастральній ділянці.

Головні цілі екстреної допомоги:

- припинення судом;
- відновлення прохідності дихальних шляхів.

Задачі інтенсивної терапії після ліквідації судом:

- попередження повторних судомних нападів;
- усунення гіпоксії і ацидозу (дихального та метаболічного);
- профілактика аспіраційного синдрому;
- невідкладне розродження.

Перша допомога при розвитку приступу еклампсії. Лікування у разі нападу судом починається на місці. Розгортають палату інтенсивної терапії чи госпіталізують вагітну до відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Хвору укладають на рівну поверхню у положенні на лівому боці, швидко звільняють дихальні шляхи, відкриваючи рот і висуваючи вперед нижню щелепу, паралельно евакуують вміст ротової порожнини. За можливості, якщо збережено спонтанне дихання, вводять повітровід та проводять інгаляцію кисню. За умови розвитку тривалого апное негайно починають примусову вентиляцію носо-лицевою маскою з подачею 100% кисню у режимі позитивного тиску наприкінці видиху. Якщо судоми повторюються або хвора залишається у стані коми, вводять м'язові релаксанти та переводять пацієнтку на штучну вентиляцію легенів (ШВЛ) у режимі помірної гіпервентиляції. Штучна вентиляція легенів (ШВЛ) не є основним способом лікування еклампсії, однак усунення гіпоксії (найважливішого патогенетичного чинника розвитку поліорганної недостатності) – обов'язкова умова проведення інших заходів.

При повному відновленні свідомості; відсутності судом та судомної готовності без застосування протисудомних препаратів; стабілізації гемодинаміки; стабільності стану системи гемостазу; відновленні кисневої ємності крові (гемоглобін не менше 80 г/л) слід планувати припинення ШВЛ, яка повинна супроводжуватися повною відміною седативної терапії.

Вказаних вище критеріїв і, в першу чергу, нормалізації гемодинаміки, необхідно досягти протягом першої доби.

У разі крововиливу у мозок і коматозного стану вагітної питання про припинення ШВЛ обговорюється не раніше, ніж за дві доби. Інтенсивну терапію продовжують у повному обсязі.

Паралельно з проведеними заходами щодо відновлення адекватного газообміну здійснюють катетеризацію периферичної вени та починають введення протисудомних препаратів (сульфат магнію – болюс 4 г протягом 5 хвилин внутрішньовенно, потім підтримуюча терапія 1–2 г/год) під ретельним контролем АТ і ЧСС. Катетеризують сечовий міхур. Усі маніпуляції (катетеризація вен, сечового міхура, акушерські маніпуляції) проводять під загальною анестезією. Після ліквідації судом проводять корекцію метаболічних порушень, водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану, білкового обміну. Здійснюють обстеження невропатологом та окулістом. Лабораторні аналізи: повний аналіз крові (тробоцити, гематокрит, гемоглобін, час згортання), загальний білок, рівень альбуміну, глюкоза, сечовина, креатинін, трансамінази, електроліти, рівень кальцію, магнію, фібриноген та продукти його деградації, протромбін та протромбіновий час, аналіз сечі, добова протеїнурія.

Жінку, яка перенесла еклампсію, наглядають в умовах палати реанімації та інтенсивної терапії, або організують індивідуальний пост.

Розродження здійснюється терміново. Якщо акушерська ситуація не дозволяє провести негайне розродження через природні пологові шляхи, виконують операцію кесарів розтин. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та антигіпертензивної терапії. За умови продовження нападу судом термінове розродження проводять після переведення хворої на ШВЛ. Після закінчення оперативного втручання ШВЛ продовжують до стабілізації стану пацієнтки. Після пологів лікування продовжують відповідно до стану породіллі. Магнезіальна терапія має тривати ще не менше 48 годин.

Спостереження за жінкою, що перенесла прееклампсію/еклампсію після виписування з пологового стаціонару. В умовах жіночої консультації за участю терапевта проводять диспансерний нагляд за жінкою, яка перенесла середнього ступеня або тяжку прееклампсію чи еклампсію:

- патронаж на дому,
- консультація профільних спеціалістів (за необхідності),
- комплексне обстеження через 6 тижнів після пологів.

Жінки, які потребують лікування гіпотензивними препаратами, після виписки з пологового стаціонару проходять огляд щотижня з обов'язковим лабораторним контролем рівня протеїнурії та концентрації креатиніну у плазмі крові.

У разі збереження гіпертензії протягом 3 тижнів після пологів жінку госпіталізують до терапевтичного стаціонару. Тривалість диспансерного нагляду після перенесеної середнього ступеня або тяжкої прееклампсії чи еклампсії – 1 рік.

Об'єм і терміни обстеження:

- загальний аналіз сечі – через 1, 3, 6, 9 і 12 місяців після пологів;
- загальний аналіз крові – через 1 і 3 місяці;
- офтальмоскопія – через 1, 3 і 12 місяців;
- ЕКГ – через 1 місяць, далі – за призначенням терапевта.

Рекомендувати жінкам, що перенесли прееклампсію щоденний контроль АТ на протязі року після пологів, так як у великих проспективних дослідженнях продемонстровано, що в жінок, які перенесли гестаційну гіпертензію або прееклампсію,

існує підвищений ризик розвитку артеріальної гіпертензії у подальшому; смерті від інсульту; смерті від усіх серцево-судинних причин.

Тому такі породіллі мають перебувати під наглядом терапевта і регулярно проходити обстеження (визначення вмісту холестерину і глюкози щороку).

Велике значення для жінок, що перенесли еклампсію (а також для її чоловіка) представляє допомога психолога, оскільки тяжкі ускладнення вагітності часто приводять до посттравматичного стресового розладу.

Профілактика

Ефективними методами профілактики прееклампсії, які мають доведену ефективність, є використання антиагрегантної терапії та вживання кальцію.

Результати рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про те, що антиагрегантна терапія знижує ризик виникнення прееклампсії на 19%. [A] Крім того, у групі вагітних, які отримували антиагрегантну терапію спостерігалось достовірне зниження рівня неонатальної смертності на 16% та частоти народження дітей з малою масою тіла - на 8%. [A]

Таким чином, використання антиагрегантної терапії (низькі дози аспірину), має помірний ефект у попередженні прееклампсії та зниженні перинатальної смертності. Ця терапія може бути рекомендована жінкам з такими факторами ризику, як гіпертонічна хвороба та антифосфоліпінний синдром.

Більш виражений клінічний ефект у попередженні прееклампсії мають препарати кальцію. Вживання кальцію у дозі 1 г/добу, у порівнянні з плацебо, супроводжується достовірним зниженням ризику підвищеного артеріального тиску на 30%, прееклампсії – на 50%. [A] Найбільш ефект спостерігається у жінок, групи високого ризику, а також у жінок з низьким вживанням кальцію. У цих групах ризик прееклампсії знижується відповідно на 78% та 64%. [A] До того ж, у жінок, які вживали кальцій були достовірно знижені показники материнської смертності та тяжкої захворюваності (в середньому на 20%).

Незважаючи на те, що патофізіологічні механізми, які призводять до зниження ризику прееклампсії на фоні вживання кальцію, поки що невідомі, їх виражена клінічна ефективність та безпечність дозволяє рекомендувати ці препарати для рутинного використання у програмах антенатального догляду.

Таблиця 3. Препарати, рекомендовані для лікування прееклампсії

Міжнародна непатентована назва	Торгові назви
Ацетилсаліцилова кислота	Аспірин, аспекард, анопірин, ацесал, терапін, упсарин та ін.
Препарати кальцію	Кальцію фосфат, кальцію глюконат, кальцію карбонат, кальцію лактат, кальцію лактоглюконат, кальцію гліцерофосфат, кальцію ацетат
Метилдофа	Допегіт, альдомет, альфадопа, допанол
Клонідин	Гемітон, клофелін, катапресан, хлофазолін
Піндолол	Віскен
Оксспренолол	Тразикор
Атенолол	Атенобене, атенова, тенолол, унілок, атеносан, блокатенол, аткардил та ін.
Метопролол	Вазокардин, корвітол, лопресор, метопролол

Лабеталол	Лакардія
Ніфедипін	Адалат, коринфар, аніфед, кординін, нікардія, ніфебене, ніфедикор, ніфекард, фармадинін, фенігідин та ін.
Верапаміл	Ізоптин, фіноптин, лекоптин
Гідралазин (дигідралазин)	Апресин
Нітропрусид натрію	Наніпрус
Гідрохлортіазид	Гіпотіазид, гідротіазид
Фуросемід	Лазикс, діуфур, елсिमід, фрусемід, фурон
Празозин	Празозинбене, польпресин, празозин
Пророксан	Піроксен
Препарати заліза II	Гіно-тардиферон, тардиферон, сорбіфер дурулес, актиферин, гемофер пролонгатум, ферро-градумет, тотема, хеферол, ранферон 12 та ін.
Дексаметазон	Дексазон, дексавен, фортекортин, декадрон, дексабене
Простагландин E ₂ (для місцевого застосування)	Препідил-гель, простин E ₂
Діазепам	Реланіум, валіум, седуксен, сибазон, фаустан, діапам та ін.
Гідроксиетильований крохмаль	Інфукол ГЕК 6%, інфукол ГЕК 10%, рефортан, рефортан плюс, стабізол, хаес-стерил
Декстран	Декстран 40 000, реополіглюкін, реомакродекс, реоседоман
Тіопентал-натрій	Тіопентал
Депольяризуючі міорелаксанти Суксаметонію йодид	Дитилін
Суксаметонію хлорид	Листенон, хлорсукцинал
Недепольяризуючі міорелаксанти Піпекуроній бромід	Ардуан
Панкуроній бромід	Мускурон, павулон
Тубокурарин хлорид	Тубокурарин

V. Етапи проведення заняття

А. *Підготовчий етап* – мотивація теми, контроль базового і основного рівня знань, видача завдання для самостійної роботи.

Б. *Основний етап* — самостійна робота студентів під контролем викладача: огляд вагітних з пізніми гестозами, збирання анамнезу, оцінювання факторів ризику розвитку прееклампсії, складання плану обстеження для діагностики пізніх гестозів, оцінювання ступеня тяжкості гестозу, проведення аналізу результатів лабораторного дослідження, призначення додаткових методів обстеження, інтерпретація їх, складання плану індивідуального лікування вагітних з пізнім гестозом, аргументація плану ведення і прогнозу вагітності, призначення рекомендацій при виписуванні вагітної.

В. *Заключний етап* — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

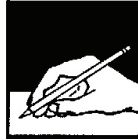
Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, відділення інтенсивної терапії, учбові кімнати.

Оснащення: таблиці, слайди, дані лабораторних досліджень, історії хвороби вагітних з пізніми гестозами.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пре еклампсія»?
2. Яка класифікація прееклампсії?
3. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії?
4. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
5. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
6. Які методи діагностики прееклампсії?
7. Які методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування легкої прееклампсії?
9. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії середньої тяжкості?
10. Яка тактика лікаря і методи лікування тяжкої прееклампсії?
11. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії в післяпологовому періоді?
12. Яка клініка і діагностика еклампсії?
13. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
14. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
15. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?
16. Які методи профілактики прееклампсії?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Виявити і оцінити фактори ризику розвитку пізніх гестозів при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Провести аналіз скарг вагітної та встановити попередній діагноз.
3. Скласти план обстеження вагітної з підозрою на прееклампсію.
4. Провести обстеження вагітних загальними методами (вимірювання АД, виявлення набряків)
5. Провести аналіз даних, отриманих при обстеженні вагітної, та лабораторних даних, встановити діагноз пізнього гестозу.
6. Оцінити ступінь тяжкості прееклампсії .
7. Скласти план індивідуального лікування при прееклампсії у обстеженої вагітної.
8. Розробити тактику ведення вагітності при прееклампсії у обстеженої вагітної.
9. Скласти план розродження при прееклампсії у обстеженої вагітної.
10. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при прееклампсії.



Типові ситуаційні задачі для оцінки

кінцевого рівня знань.

1. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст. протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.



Який діагноз, план обстеження та лікування?



Прееклампсія тяжкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

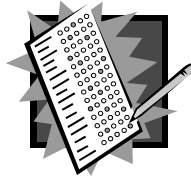
2. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..



Встановити діагноз. Яка тактика ведення вагітності?



Еклампсія. Провести розродження методом кесарського розтину.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань.

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.



Який найбільш ймовірний діагноз?



- A. Еклампсія*
- B. Епілепсія
- C. Гіпертензія вагітних
- D. Прееклампсія.

3. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.



Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?



- A. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару*
- B. Введення анальгін 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського стаціонару
- C. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару
- D. Госпіталізація до акушерського стаціонару.

Тема 3. ІЗОІМУННИЙ КОНФЛІКТ ПРИ ВАГІТНОСТІ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Серед важливіших проблем практичного акушерства одне з перших місць посідає проблема імунології вагітності. Вже з перших тижнів вагітності між зародком та материнським організмом виникають складні імунологічні взаємозв'язки, які багато в чому визначають розвиток плоду та новонародженої дитини. В ряді випадків імунологічна несумісність між матір'ю та плодом стає причиною тяжких порушень плодового та постнатального періоду, супроводжуючись певним відсотком перинатальної захворюваності та смертності.

II. Навчально-виховні цілі заняття.

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття термінів “ізоімунізація”, “гемолітична хвороба плода та новонародженого”.
2. Причини розвитку імунологічного конфлікту.
3. Патогенез ізоімунного конфлікту
4. Методи діагностики ізоімунного конфлікту в антенатальному та постнатальному періоді.
5. Форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода та новонародженого.
6. Методи лікування гемолітичної хвороби плода та новонародженого.
7. Алгоритм ведення вагітності та пологів при ізоімунному конфлікті.
8. Специфічну профілактику резус-сенсibiliзації

Завдяки проведеному заняттю студент повинен вміти:

1. Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку імуного конфлікту.
2. Оцінити результати УЗД при імуному конфлікті.
3. Провести оцінку функціонального стану плода.
4. Визначити тактику ведення вагітності при імуному конфлікті.
5. Визначити термін і тактику розродження при імуному конфлікті.
6. Визначити терміни проведення специфічної профілактики імуного конфлікту.

III. Базові знання

1. Антигени крові.
2. Ультразвукові дослідження в акушерстві.
3. Плодово-плацентарний кровообіг.
4. Методи оцінки стану плода.
5. Фізіологічний період новонародженості.

IV. Зміст навчального матеріалу

Ізоімунізація (імуний конфлікт) – одна з клінічних форм імунопатології, що виникає при вагітності за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та призводить до розвитку тяжких порушень стану плода і немовляти. При несумісності організму матері і плода за *еритроцитарними антигенами* розвивається **гемолітична хвороба плода (ГХП) і новонародженого (ГХН)** -

Причини розвитку імуного конфлікту

Антигени клітин людини класифікуються за різними характеристиками, але для акушерської практики найбільше значення мають алоантигени, які визначають біологічну індивідуальність організму всередині виду. Індивідуальні специфічні антигени будь-яких елементів тканин плода при проникненні в організм матері викликають у відповідь утворення антитіл її імуною системою, які можуть переходити крізь плаценту в кровообіг плода. Найчастіше таке ускладнення виникає при несумісності за *еритроцитарними антигенами*.

На теперішній час відомо більш як 10 ізосерологічних систем еритроцитарних антигенів. Найчастіше гемолітична хвороба плода та новонародженого виникає при сенсibiliзації материнського організму антигенами плода системи Rh - Hr, рідше вона виникає при несумісності крові матері і плода за іншими системами еритроцитарних антигенів: ABO, Lewis, Kell, Duffi, Kidd, MNSs та інш.

Rh-ізоімунізація – гуморальна відповідь на еритроцитарні антигени плода Rh-групи, включаючи Cc, Dd, Ee. Антитіла, які утворилися, проникаючи крізь плаценту, викликають екстравакулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода антитілами матері і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластозу плода.

Антигенна система резус складається із 6 основних антигенів, які позначаються як D(Rh0), d (rh), C (Rh), c (hr), E (Rh), e (hr) і якісно відрізняються між собою. На відміну від ABO-антигенів, які присутні на багатьох клітинах, розміщення Rh-специфічностей обмежено в основному еритроцитарною мембраною.

Наявність на еритроцитах резус-фактора кодується шістьма генами, що зціплені по три на одній хромосомі. Алельними є пари генів, які контролюють антигени D-d , C-c, E-e. Всі три гена спадкуються одночасно. В зв'язку з тим, що дитина успадковує по одному гену від кожного з батьків, існує не менш 36 можливих генотипів системи-резус. Складність даної системи обумовлена також великою кількістю мутацій кожного гена. Різні антигени системи резус мають різну частоту розповсюдженості і мають неоднакову ізоантигенну активність. Остання найбільш виражена у антигена D (Rh0).

D- антиген міститься в еритроцитах 85% людей європейського походження, не є однорідним і включає ряд більш мілких субодиноць –RhA, RhB, RhC, RhD, внаслідок різниці яких іноді розвивається ГХН у резус-позитивних матерів.

Ізоімунізація розвивається у відповідь на плодово-материнську кровотечу, при якій у кров'яне русло матері попадає достатня кількість фетальних еритроцитів, або у відповідь на переливання крові, що несумісна за даним антигеном. Вірогідність ізоімунізації прямо пропорційна кількості несумісної крові, яка потрапила у кров'яне русло матері. Необхідною мінімальною кількістю крові, яка здатна викликати D-імунізацію, вважають 0,1 мл. Обстеження вагітних на групові імунні антитіла доцільне у жінок зі звичним невиношуванням, антенатальною загибеллю плода в анамнезі.

Попадання в кровообіг матері фетальних еритроцитів, які містять успадкований від батька резус-фактор, може відбуватись при трансплацентарному переході під час вагітності та пологів; до того ж кількість їх значно збільшується при оперативних втручаннях (ручне відокремлювання плаценти, кесарів розтин). Сенсibiliзація жінки може також настати після штучного аборту, викидню, позаматкової вагітності. Ускладнення вагітності (загроза переривання, прееклампсія), вірусна інфекція (герпетична, цитомегаловірусна) і екстрагенітальні захворювання матері, при яких відбувається порушення цілісності ворсин хоріону сприяють розвитку резус-сенсibiliзації.

ABO-конфлікт розвивається за умови існування несумісного поєднання груп крові матері і плода та при наявності у матері антитіл до еритроцитів груп крові плода. Групові антитіла можуть утворюватись в організмі матері до вагітності у відповідь на проведену гемотерапію, введення вакцин та лікувальних сироваток, при контакті матері з бактеріями, що містять антигенні фактори A і B.

Найчастіше імунна несумісність виявляється при наявності у матері 0(I) групи крові, а у плода A(II), рідше B(III) або AB(IV). У випадку імунного конфлікту по ABO-системі у крові матері з'являються α - чи β - антитіла: аглютиніни та гемолізени. Ізоімунізація по системі ABO може бути причиною гемолітичної хвороби немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластоз чи загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі ABO еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому антитіла не встигають синтезуватися. ABO-несумісність

пом'якшує перебіг вагітності при Rh-конфлікті. Якщо вагітна і плід мають однакові чи сумісні по системі АВО групи крові, то Rh-конфлікт виникає частіше.

Патогенез ізоімунного конфлікту

Трансплацентарний перехід антитіл, що утворились, в кровообіг плода призводить до гемолізу його еритроцитів, що, в подальшому, призводить до розвитку у нього анемії, компенсаторної гіперплазії кровотворної тканини. Внаслідок посиленого гемолізу відбувається порушення білірубінового обміну, якому сприяє ферментативна недостатність печінки плода та новонародженого. В крові плода починає зростати кількість вільного (неконьюгованого) білірубіну, в результаті починається розвиток гіпербілірубінемії, яка клінічно проявляється жовтяницею. Надмірний гемоліз веде до звільнення біологічно активних речовин, в тому числі, і ферментів тромбіногенезу та фібринолізу. Підвищені концентрації вільного білірубіну обумовлюють токсичну дію на цілий ряд функцій клітин та тканин плода і новонародженого. При руйнуванні великої кількості комплексів антиген-антитіло має перевагу утворення тромбопластичних субстанцій під дією яких розвивається синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання. Мікротромбоутворення призводить до порушення мікроциркуляції, появи крововиливів та набряку в тканинах.

Вплив анемії на стан плода обумовлений тканинною гіпоксією та серцевою недостатністю. Раніше вважали, що набряк плода це наслідок серцевої недостатності, яка розвивається на фоні тяжкої анемії та гіперволемії плода. В подальшому було доведено, що асцит у плода – це результат гіпертензії в порталній та пуповинній венах через збільшення та анатомічні зміни печінки. Внаслідок еритробластозу в печінковій тканині водночас розвивається гіпопротеїнемія плода, як результат печінкової недостатності і неможливості набряковій плаценті забезпечувати нормальний переніс амінокислот та пептидів. Це, в свою чергу, веде до зростання асциту та подальшого генералізованого набряку.

Класифікація гемолітичної хвороби

Гемолітична хвороба плода і новонародженого є стадіями одного процесу, який починається внутришньоутробно. Розрізняють 3 форми гемолітичної хвороби:

1. Гемолітична анемія без жовтяниці і водянки.
2. Гемолітична анемія з жовтяницею.
3. Гемолітична анемія з жовтяницею і водянкою.

Діагностика ізоімунного конфлікту

Анамнез: переливання крові без урахування Rh-належності, аборти, мертвонародження чи народження дітей з гемолітичною хворобою, відомості про специфічну профілактику ізоімунізації при попередніх вагітностях.

Визначення титру Rh-антитіл у динаміці з ранніх термінів вагітності. Зростання та нестабільність титру Rh-антитіл свідчать про Rh-конфлікт. При титрі 1: 32 і вище ГХ зустрічається частіше, ризик внутрішньоутробної загибелі плода високий. Визначення групових антитіл проводять у вагітних з 0(1) групою крові, які мають в анамнезі самовільні аборти, мертвонародження, смерть немовлят від ГХ.

Аntenатальна діагностика гемолітичної хвороби плода

Ультразвукова ехографія

У вагітних групи ризику по виникненню Rh-конфлікту УЗД проводять:

- до 30 тижнів вагітності 1 раз на місяць;
- після 30 тижнів 2 рази на місяць;
- при появі ознак ураження плода кожний день до розродження.

Ультразвукове сканування плода дає можливість встановити ознаки ранньої водянки і водянки плода, що розвинулась.

Ознаки ранньої водянки плода:

- полігідрамніон;
- гепатоспленомегалія.

Ознаки водянки плода, що розвинулась:

- збільшення ехогенності кишківника плода;
- кардіомегалія;
- асцит і гідроторакс;
- набряк шкіри голови і кінцівок;
- незвичайна поза плода “поза Будди”;
- зниження рухової активності;
- потовщення плаценти.

Кардіотокографія (КТГ) виявляє ознаки хронічної гіпоксії плода та зниження компенсаторної здатності фетоплацентарного комплексу.

Трансабдомінальний амніоцентез виконують у термін після 26 тижнів вагітності.

Питання про необхідність амніоцентезу вирішують в залежності від титру антитіл та даних анамнезу. При наявності показань до амніоцентезу вагітна направляється до закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги.

Показання до амніоцентезу:

- титр антитіл дорівнює чи перевищує 1: 64;
- наростання титру антитіл у 4 рази при повторному дослідженні через 2 тижні;
- наростання титру антитіл і УЗД-ознаки ГХ плода;
- мертвонародження, народження дітей з ГХ в анамнезі і УЗД ознаки ГХ плода.

Протипоказання до амніоцентезу:

- загроза передчасних пологів;
- лихоманка.

Дослідження амніотичної рідини дозволяє оцінити тяжкість анемії у плода. У разі розвитку ГХ плода підвищення концентрації білірубіну у навколоплодових водах та зростання показника оптичної щільності навколоплодових вод (ОЩНВ) відображує ступінь тяжкості ГХ. Якщо ОЩНВ 0,1 і нижче, то вагітність можна пролонгувати до пологів у строк. При ОЩНВ 0,15 і вище розпочинають підготовку до розродження.

В зв'язку з тим, що при ХГ плода іноді проводиться дострокове розродження, суттєве значення має визначення ступеню зрілості легень плода за навколоплідними водами (співвідношення лецитину і сфінгомієліну в навколоплідних водах або пінний тест за J. Clements).

Кордоцентез – взяття крові з пуповини плода через передню черевну стінку вагітної (проводять у закладі охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги при наявності підготовлених спеціалістів)

У пуповинній крові плода визначають:

- рівень гемоглобіну;
- групу та Rh-фактор;
- рівень білірубіну;
- кількість ретикулоцитів;
- рівень сироваткового білка;
- антитіла, фіксовані на еритроцитах плода.

При Rh-негативній крові плода необхідності в подальших дослідженнях немає.

Лікування ГХ плода

В зв'язку з відсутністю ефекту від неспецифічної терапії при вираженій сенсibiliзації вагітної жінки і визначені тяжкої форми ГХП рекомендовано використання внутрішньоутробного переливання крові плоду. Методом вибору є внутрішньосудинне переливання еритроцитарної маси плоду. Показанням до внутрішньоутробної трансфузії є значне зниження гематокриту (нижче 25%), гемоглобіну (нижче 80г/л) і поява початкових ознак набряку за даними УЗД. Об'єм еритроцитарної маси визначають за величиною гематокриту плода, гематокриту крові донора та фетоплацентарного об'єму крові, відповідного строку вагітності. Час проведення повторних переливань залежить від ефективності першого переливання і розраховується за часом зниження гематокриту плода до 25-30%, якщо відомо, що за добу він зменшується на 1%. Повторні переливання визначаються клінічною картиною, рівнем гематокриту у плода. Операція може бути повторена до досягнення плодом життєздатності та зрілості легень. В тяжких випадках ГХ плода проводять внутрішньоматкове замінне переливання крові плоду крізь судини плаценти. Методика більш успішна, ніж просте переливання крові для дуже тяжких плодів, хоча технічно вона складніше. Незважаючи на складності інвазивного лікування, воно дозволяє практично у 70-80% спостережень уникнути смертності при дуже тяжких формах ГХП.

Тактика ведення вагітності і пологів у Rh- негативних вагітних (див. алгоритм)

Метою антенатального ведення є ідентифікація дуже тяжких форм захворювання та проведення лікування до оптимального часу розродження.

На етапі жіночої консультації

Визначають титр Rh-антитіл у крові при першому відвідуванні, у 20 тижнів, в подальшому кожні 4 тижні. У разі наявності у вагітної 0(1) групи крові визначають групу крові чоловіка для виявлення групи ризику немовляти по АВО-конфлікту.

На етапі акушерського стаціонару

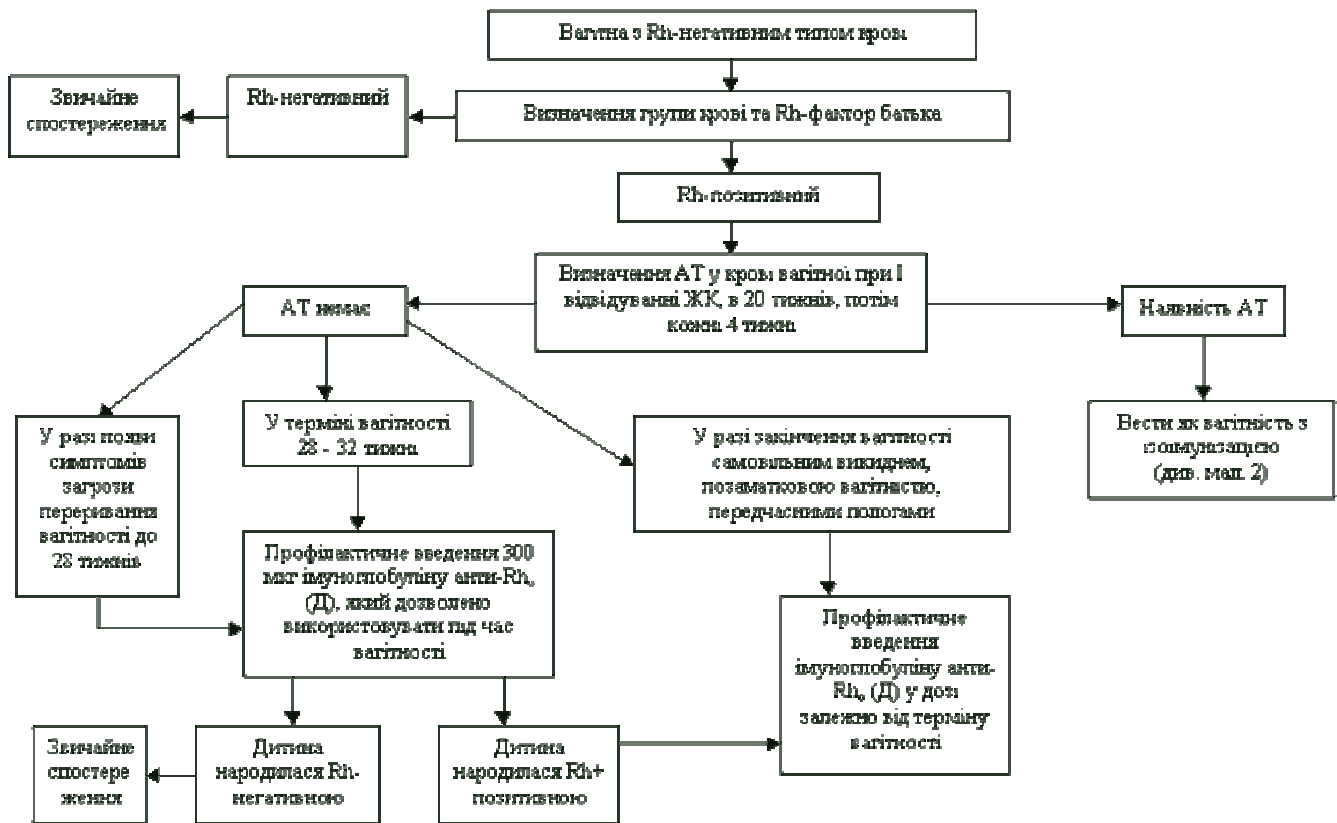
Розродження вагітної з Rh-негативним типом крові за умови наявності ізоімунізації проводиться достроково у залежності від рівня титру антитіл у крові вагітної.

Показання до дострокового розродження при Rh-конфлікті:

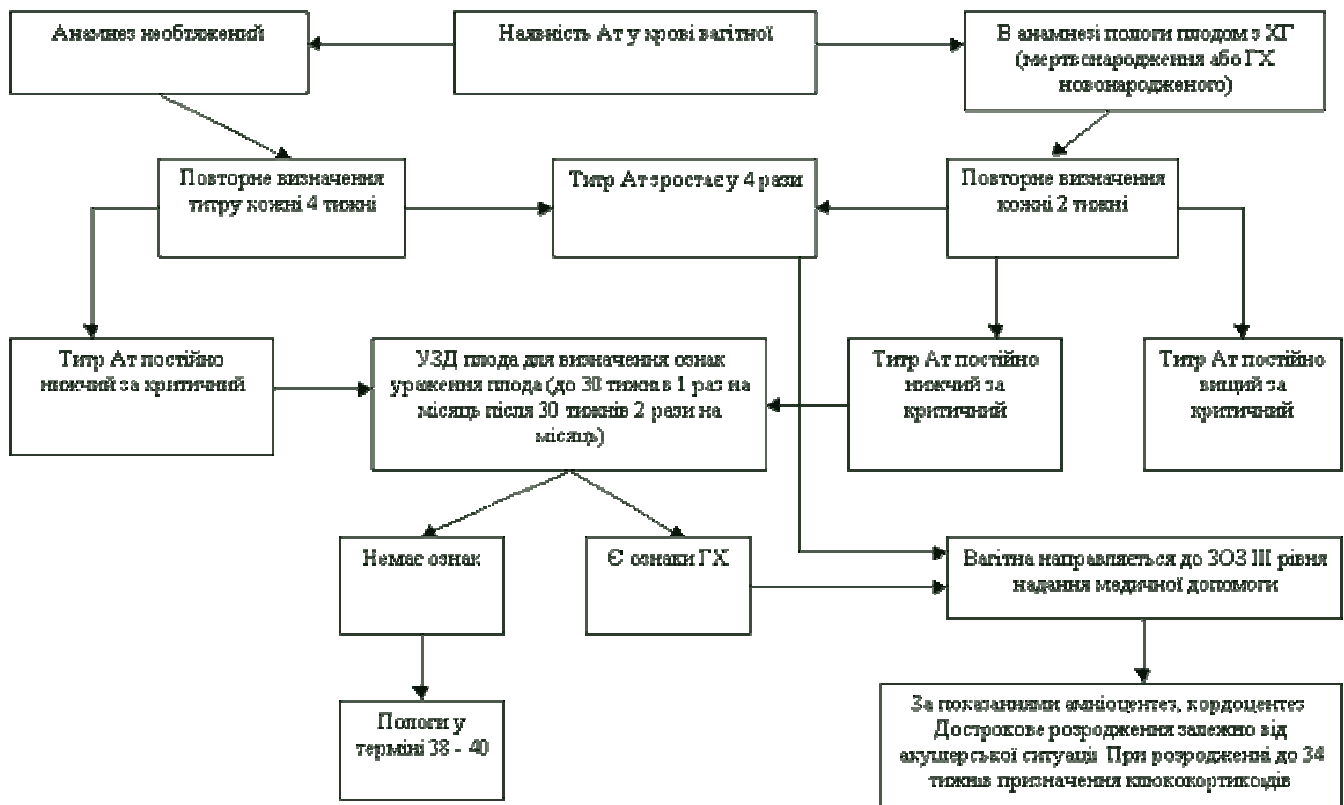
1. Титр антитіл дорівнює чи перевищує критичний 1:64 (критичний рівень).
2. Наростання титру при повторному аналізі у 4 рази.
3. ОЦНВ 0,35 –70 і вище; концентрація білірубину в амніотичній рідині 4,7-9,5 мг/л.
4. Ультразвукові ознаки ГХ плода.
5. Мертвонародження та народження дітей із ГХ в анамнезі.

Відразу після народження дитини пуповину перетискають та відтинають з метою уникнення попадання Rh-антитіл у кровотоку немовляти, плацентарний кінець пуповини не перетискають (для зниження ризику та об'єму фетоматеринської трансфузії). При кесарському розтині плаценту рукою не відокремлюють.

ВЕДЕННЯ RH-НЕГАТИВНИХ НЕІМУНІЗОВАНИХ ВАГІТНИХ ЖІНОК



ВЕДЕННЯ RH-НЕГАТИВНИХ ВАГІТНИХ З ІЗОІМУНІЗАЦІЄЮ



Клінічна характеристика основних форм гемолітичної хвороби новонародженого

Гемолітична анемія без жовтяниці та водянки – найменш поширена і найбільш легка форма захворювання. Основним її симптомом є блідість шкіри в поєднанні з низькою кількістю гемоглобіну та еритроцитів, збільшення незрілих форм еритроцитів (еритробластів, нормобластів, ретикулоцитів). Можливе невелике збільшення печінки та селезінки, петехіальні висипання.

Гемолітична анемія з жовтяницею – більш тяжка та часта форма гемолітичної хвороби. Важливішими симптомами її є анемія, жовтяниця, гепатоспленомегалія. В тяжких випадках спостерігаються симптоми враження центральної нервової системи. При народженні дитини нерідко звертає на себе увагу жовте забарвлення навколоплідних вод, первородної змазки. Анемія носить нормохромний або гіперхромний характер і зазвичай не досягає вираженого ступеня за рахунок високої репараційної активності кісткового мозку та вогнищ екстремедулярного кровотворення.. Еритробластоз є показником важкості захворювання. Поява та посилення жовтяниці обумовлені підвищенням в крові рівня непрямого білірубіну. У розвитку захворювання грає роль не тільки кількість білірубіну на момент народження, а й інтенсивність погодинного приросту його вмісту. При гемолітичній жовтяниці його величина знаходиться в межах 8,5 – 17,1 мкмоль/л (у здорових дітей - до 3,2 мкмоль/л). З наростанням жовтяниці стан дитини погіршується, з'являються симптоми, які вказують на враження нервової системи. До них відносяться судомні посмикування, ністагм, гіпертонус, розвивається симптом "ядерної жовтяниці" Критичний рівень непрямого білірубіну, при якому розвивається ядерна жовтяниця, дорівнює 307,8 –342,0 мкмоль/л. У недоношених дітей з ГХ його рівень складає 153,9 – 205,2 мкмоль/л.

Гемолітична анемія з жовтяницею та водянкою (універсальний набряк) – найбільш тяжка форма гемолітичної хвороби. Найбільш вираженими симптомами захворювання є загальний набряк-анасарка, асцит, значна анемія, менш різко виражена жовтяниця, гепатоспленомегалія, гемодинамічні порушення (гіперволемія, підвищення венозного тиску, застій в малому та великому колі кровообігу, серцево-судинна недостатність). Часто при цій формі спостерігається геморагічний синдром.

Діагностика ГХ новонародженого

Діагноз ГХ новонародженого ставиться враховуючи клінічну картину (колір склер, шкірних покривів, розміри печінки, селезінки, набряк) та результати комплексного обстеження, яке включає визначення групової та резус-належності дитини, рівня гемоглобіну та непрямого білірубіну в крові пуповини, виразність еритробластозу в периферичній крові.

Тяжкість ГХ визначається по сукупності вираженості основних симптомів – набряку, жовтяниці і анемії на момент народження дитини.

Таблиця 1. Критерії ступеня тяжкості гемолітичної хвороби.

Основні клінічні ознаки	Ступінь тяжкості гемолітичної хвороби		
	I	II	III
Анемія (вміст гемоглобіну в крові пуповини г/л)	≥ 150 (≥ 15 г %)	149-100 (15,1 – 10,0 г %)	≤ 100 (≤ 10 г %)
Жовтяниця (вміст білірубину в крові пуповини мкмоль/л)	≤ 85,5 (≤ 5,0 мг %)	85,6 – 136,8 (5,1 – 8,0 мг %)	≥ 136,9 (≥ 8,1 мг %)
Набряковий синдром	Пастозність підшкірної клітковини	Пастозність та асцит	Універсальний набряк

Лікування гемолітичної хвороби новонародженого

Лікування гемолітичної хвороби новонароджених проводиться лікарями-неонатологами. Основні завдання лікування: не допустити токсичної концентрації непрямого білірубину в крові (попередження ураження ядер головного мозку) та корекція анемії.

На теперішній час застосовують такі методи:

1. Замінне переливання крові.
2. Фототерапія лампами, спектр випромінювання яких відповідає спектру поглинання білірубину.
3. Введення стандартних імуноглобулінів для блокади Fc- рецепторів, що блокує гемоліз.

Профілактика Rh-імунізації

Профілактика під час вагітності при відсутності імунізації вагітної.

Проводиться шляхом в/в введення 1 дози (300 мкг) анти-Rh₀(D) імуноглобуліну, який дозволено використовувати під час вагітності:

- у термін вагітності 28-32 тижня;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріону;
- після видалення міхурцевого заносу;
- після позаматкової вагітності;
- після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборту);
- після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;
- після переливання тромбоцитарної маси;
- в клінічних ситуаціях, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровоток матері (відшарування плаценти, маткова кровотеча нез'ясованої етіології, травма матері (наприклад, автомобільна катастрофа).

В термін вагітності до 13 тижнів доза Rh₀(D) імуноглобуліну складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів – 300 мкг.

Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини.

Впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти-Rh₀(D) імуноглобуліну.

Протипоказання до введення антиRh₀(D) імуноглобуліну:

Відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини.

**Профілактика ГХ по системі АВО під час вагітності не проводиться.
Неспецифічна медикаментозна профілактика та медикаментозне лікування Rh-конфлікту вагітної не проводиться.**

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий етап – мотивація теми, контроль базового і основного рівня знань, видача завдання для самостійної роботи.

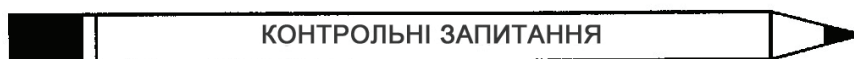
Б. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: огляд вагітних, збирання анамнезу, оцінювання факторів ризику розвитку ізоімунного конфлікту, складання плану обстеження для діагностики ГХП, проведення аналізу результатів лабораторного дослідження, призначення додаткових методів обстеження, інтерпретація їх, складання плану лікування вагітних з ізоімунним конфліктом, аргументація плану ведення і прогнозу вагітності, складання плану розродження.

В. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

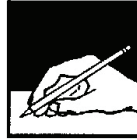
Місце проведенн заняття- навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Оснащення – таблиці, муляжі, лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії вагітності, пологів тощо.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення термінів “ізоімунізація”, “гемолітична хвороба плода та новонародженого”?
2. Які причини розвитку імунологічного конфлікту?
3. Який патогенез ізоімунного конфлікту?
4. Які методи діагностики ізоімунного конфлікту в антенатальному періоді?
5. Які форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода?
6. Яка акушерська тактика і методи лікування гемолітичної хвороби плода?
7. Які методи діагностики ізоімунного конфлікту в постнатальному періоді?
8. Які форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби новонародженого?
9. Які методи лікування гемолітичної хвороби новонародженого?
10. Який алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних не імунізованих жінок?
11. Який алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних жінок при ізоімунізації?
12. Яка специфічна профілактика резус-сенсibiliзації?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати і оцінити анамнез вагітної для визначення факторів ризику розвитку імунного конфлікту.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при ізоімунному конфлікті.
3. Оцінити результати УЗД при імунному конфлікті.
4. Провести оцінку функціонального стану плода.
5. Визначити тактику ведення вагітності при імунному конфлікті.
6. Визначити термін і тактику розродження при імунному конфлікті.
7. Визначити терміни проведення специфічної профілактики імунного конфлікту.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. До жіночої консультації звернулась вагітна В., 24 років. Вагітність перша, 18 тижнів. Соматично здорова, гінекологічних захворювань не мала. Перебіг вагітності до звернення в консультацію без особливостей. У вагітної А(П) група крові, Rh-негативна. У її чоловіка – В(Ш) група крові, Rh-позитивна. При лабораторному обстеженні у вагітної виявлені анти-Rh -антитіла в титрі 1:8



Визначте тактику ведення вагітності.



Повторне визначення антитіл кожні 4 тижні.

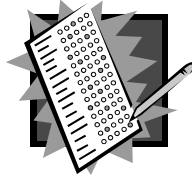
2. У новонародженої дитина від роділлі з Rh-негативним типом крові виявлена жовтяниця, в пуповинній крові Нв – 150 г/л, білірубін – 85,5 мкмоль/л.



Який ймовірний діагноз?



Гемолітична хвороба новонароджених, анемічно-жовтянична форма.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 26 років, знаходиться у відділенні патології вагітних з діагнозом: вагітність I, 36 тижнів, резус-ізоімунізація. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено: плід один, положення повздовжнє, головне передлежання. Розміри плода відповідають 36-37 тижням вагітності. На голівці плода подвійний контур, кількість амніотичної рідини збільшена, плацента завтовшки 5,5 см, з деструктивними змінами. При КТГ дослідженні – оцінка 6 балів. В крові вагітної титр анти-Rh –антитіл дорівнює 1:128.



Яка тактика ведення вагітності?



- A. Консервативне ведення до 38 тижня вагітності з наступним родозбудженням.
- B. Дострокове розродження оперативним шляхом*
- C. Амніоцентез для визначення оптичної щільності білірубіну
- D. Введення анти D- імуноглобуліну

2. Вагітна 25 років, O(I) групи крові, Rh-негативна, наглядається в жіночий консультації з приводу вагітності 30 тижнів, резус-ізоімунізація, титр антитіл дорівнює 1:16. Скарг не має. При УЗ-дослідженні встановлено, що ознак гемолітичної хвороби плода нема. Стан плода задовільний.



Як часто потрібно проводити повторне УЗ-дослідження?



- A. Один раз на тиждень
- B. Один раз на два тижні*
- C. Один раз на три тижні
- D. Один раз на чотири тижні

Тема 4. БАГАТОПЛІДНА ВАГІТНІСТЬ. ПАТОЛОГІЯ НАВКОЛОПЛІДНОГО СЕРЕДОВИЩА (БАГАТОВОДДЯ, МАЛОВОДДЯ)

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Враховуючи, що багатоплідні вагітності у 2-3 рази частіше ніж звичайні перебігають з ускладненнями, патологія навколоплідного середовища відіграє негативну роль в розвитку плода, вивчення цих тем дуже важливе для розуміння необхідності своєчасного проведення профілактичних та лікувальних заходів для покращення перинатальних та акушерських виходів.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «багатоплідна вагітність».
2. Причини багатопліддя.
3. Різні варіанти розвитку багатопліддя (класифікація)
4. Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді.
5. Методи діагностики багатоплідної вагітності.
6. Особливості ведення багатоплідної вагітності.
7. Особливості ведення пологів при багатоплідді.
8. Визначення поняття «багатоводдя».
9. Етіологію багатоводдя.
10. Клініку багатоводдя.
11. Ускладнення під час вагітності і пологів при багатоводді.
12. Методи лікування багатоводдя.
13. Визначення поняття «маловоддя».
14. Етіологію маловоддя.
15. Діагностику маловоддя.
16. Можливі ускладнення при маловодді.
17. Лікування маловоддя.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Встановити діагноз багатоплідної вагітності.
2. Визначити положення плодів у порожнині матки.
3. Провести аускультацию плодів.
4. Скласти план ведення вагітності при багатоплідді.
5. Встановити діагноз багатоводдя і маловоддя на підставі зовнішніх методів дослідження.
6. Встановити діагноз багатоводдя і маловоддя на підставі аналізу УЗ дослідження.
7. Скласти план лікування при багатоводді і маловодді.

III. Базові знання

1. Запліднення та розвиток плідного яйця.
2. Структура плідного яйця на різних етапах розвитку.
3. Склад і функції навколоплідних вод.
4. Методи обстеження вагітних та роділь.
5. Клінічний перебіг та ведення фізіологічної вагітності та пологів;
6. Плід як об'єкт пологів.

IV. Зміст навчального матеріалу

БАГАТОПЛІДДЯ

Багатоплідною називається вагітність двома чи більшою кількістю плодів. При наявності вагітності двома плодами кажуть про двійню, трьома - про трійню і т.д. Кожен

з плодів при багатоплідній вагітності називається близнюк. Пологи двійнею зустрічаються один раз на 87 пологів, трійнею - один раз на 87^2 (6400) двоїн, четвернею - один раз на 87^3 (51200) троєнь і т.д. (згідно формулі Галліна). За останні 10 років у світі відзначено прогресуюче зростання багатоплідності, не в останню чергу завдяки поширенню допоміжних репродуктивних технологій і значному відсотку пологів у жінок віком понад 35 років.

Етіологія

Причини багатопліддя вивчені недостатньо. Певне значення має спадковість. Багатоплідна вагітність частіше зустрічається у родинах, де мати або батько, або подружжя із двоїн. В теперішній час вивчено вплив на частоту багатопліддя географічних, соціально-економічних, побутових та інших факторів. Частота народження близнюків може бути пов'язана з належністю подружжя до визначеної етнічної групи. Так, у Китаї вона складає 3:1000 пологів живими дітьми, у Шотландії - 12,3:1000, в Нігерії – 57,2:1000. ці відмінності пов'язані з коливаннями частоти народження двояйцевих близнюків, так як народження однайцевих двоїн у всьому світі тримається приблизно на однім рівні - 3,5:1000.

Різні варіанти розвитку багатопліддя (класифікація)

Розрізняють двійні *двояйцеві*, які утворюються від запліднення двох яйцеклітин, та *однайцеві* - з однієї яйцеклітини в результаті атипового дрібнення яйця. Співвідношення одно- до двояйцевих двоїн 1:10.

Походження двояйцевих двійнят може бути в разі:

- одночасного дозрівання та овуляції двох та більше фолікулів в одному яєчнику;
- дозрівання двох та більше фолікулів та овуляції в обох яєчниках;
- запліднення двох та більше яйцеклітин, які дозріли в одному яєчнику.

Ці дані підтверджуються під час оперативних втручань, коли виявляються два та більше жовтих тіл у фазі розвитку.

Причина дозрівання одночасно кількох яйцеклітин - підвищена кількість фолікулостимулюючого гормону (ФСГ). Це може бути спадкоємно детерміновано, а також наслідком медикаментозної дії (застосування стимуляторів овуляції, відміна синтетичних естроген-гестагенних препаратів, екстракорпоральне запліднення).

До факторів, що впливають на частоту народження дизиготних (двояйцевих) близнюків відносяться: вік матері, кількість пологів та час зачаття після припинення прийому оральних контрацептивів. Доведено, що при прийомі оральних контрацептивів протягом понад 6 місяців й зачаття в межах 1 місяця вірогідність настання вагітності двома плодами збільшується майже вдвічі.

Однайцеві двійні можуть бути *двоамніотичні та моноамніотичні*.

Походження однайцевих (монозиготних) близнюків пов'язане з поділом єдиного ембріонального зародку на дві та більше частин. Якщо розподіл відбувся в перші три дні після запліднення (1/3 всіх випадків) розвивається двохоріальна вагітність (біхоріальний біамніотичний тип плацентации), якщо на 3—8 добу, тобто до появи плідного міхура, розвивається вагітність з монохоріальним біамніотичним послідом, на 9-12 добу - монохоріальна моноамніотична вагітність. Після 12-ї доби повний розподіл ембріональних зачатків неможливий і розвиваються зрощені близнюки.

У більшості випадків виникнення однайцевих близнюків розподіл зародкових листків відбувається до 8-го дня (монохоріальний двоамніотичний послід).

Існують теорії "надзародження" та "надзапліднення".

Надзародження - це запліднення яйцеклітин різних овуляційних періодів, тобто поява нової вагітності при наявності вже існуючої. Надзапліднення — запліднення двох або кількох яйцеклітин, які виділилися під час однієї овуляції, сім'яною рідиною різних батьків.

Особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді

Загальні неприємні симптоми багатоплідної вагітності («малі» ускладнення багатоплідної вагітності):

- печія;
- біль у попереку;
- геморой;
- обмеженість рухливості;
- набряки;
- підвищене сечовиділення;
- закрепи;
- підвищена стомленість.

Можливі ускладнення багатоплідної вагітності:

- надмірна блювота вагітних
- самовільні викидні;
- передчасні пологи (у 50% випадків);
- підвищення артеріального тиску;
- преєклампсія та гестаційна гіпертензія (зустрічаються у 5 разів частіше, ніж при одноплідній вагітності);
- діабет вагітних;
- анемія вагітних;
- варикозна хвороба;
- багатоводдя;
- оперативне розродження.

Ризик для плодів:

- аномалії розвитку плодів;
- наявність монохоріального типу плацентазії (обидва плоди мають одну плаценту) та пов'язаний з цим синдром фето-фетальної трансфузії;
- затримка розвитку плодів;
- дистрес плодів.

Ризик для новонародженого:

- *недоношеність*. Передчасні пологи виникають у 50% вагітностей двійнею, 90% вагітностей трійнею.
- *підвищена перинатальна захворюваність та смертність*. У порівнянні з одноплідною вагітністю, новонароджені з двійні мають у сім разів вище ризик померти протягом першого місяця життя, а новонароджені з трійні - у 20 разів. Близько 50% всіх випадків неонатальної смерті дітей від багатоплідної вагітності пов'язані з недоношеністю, в першу чергу з РДС.
- *інвалідність*. Близько 25% дітей з масою тіла при народженні менш ніж 1000 г є інвалідами.

Діагностика багатоплідної вагітності

Достовірне розпізнавання багатоплідної вагітності в ранні терміни можливе тільки при застосуванні ультразвукового дослідження. У другій половині вагітності звертають увагу на невідповідність розмірів матки терміну вагітності. При пальпації визначають багато дрібних частин, дві голівки, дві спинки (або більше). При аускультатії - дві або більше точок визначення серцебиття плода й зони мовчання між ними. Висота стояння дна матки більше, ніж при одноплідній вагітності в ті ж терміни. При вимірюванні довжини плода тазоміром - велика довжина плода при невеличкій голівці.

Найбільш точним методом діагностики багатоплідної вагітності є УЗД [А]. Слід зазначити, що без проведення УЗД приблизно 40% багатоплідних вагітностей будуть визначені лише у терміні вагітності 25-26 тижнів, а близько 20% не вдасться розпізнати

до терміну пологів. За допомогою УЗД можна виконати ранню діагностику і визначити характер розвитку плодів та ін. Оптимальним методом організації ранньої діагностики багатоплідної вагітності є проведення першого УЗД в 9-11 тижнів. В подальшому проводиться друге УЗД - в 16-20 тижнів, третє УЗД - в 32-36 тижні та за показаннями. Показане своєчасне медико-генетичне консультування.

Варіанти можливих положень плодів при багатоплідді:

1. Обидва плоди у поздовжньому положенні:
 - обидва у головному;
 - обидва у тазовому;
 - один у головному, другий - у тазовому та навпаки.
2. Обидва плоди у поперечному положенні.
3. Один у поздовжньому, другий в поперечному положенні.

Особливості ведення багатоплідної вагітності

Данні рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про відсутність зниження частоти передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю, яким було призначено постільний режим в умовах стаціонару, у порівнянні з жінками, які залишались на амбулаторному нагляді. На сьогоднішній день практика рутинної госпіталізації та призначення постільного режиму для вагітних при багатоплідді не рекомендується [A].

До того ж немає достовірних доказів щодо ефективності обмеження рухливої активності з метою профілактики передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю [C].

Існують наукові докази помірної достовірності відносно використання шва на шийку матки та тривалого перорального прийому токолітичних препаратів у жінок з багатоплідною вагітністю з метою попередження передчасних пологів.

Згідно сучасних наукових даних, рутинний профілактичний шов на шийку матки при багатоплідній вагітності не може бути рекомендований, крім випадків, коли виявляються ознаки істміко-цервікальної недостатності [B].

Більшість рандомізованих досліджень не підтвердили ефективність внутрішньовенного або перорального застосування токолітиків для профілактики передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Використання токолітиків при багатоплідній вагітності може бути обґрунтовано лише наявністю показань (клінічні ознаки загрози переривання вагітності) [B].

Ускладнення монохоріального типу плацентації Синдром фето-фетальної трансфузії

В кожній монохоріальній плаценті присутні судинні анастомози, що поєднують кров'яні русла обох плодів. У деяких випадках баланс в обміні кров'ю між плодами порушується – кров від одного плода (донора) по артеріовенозним анастомозам плаценти починає поступати в кров'яне русло іншого плода (реципієнта). Розвивається *синдром фето-фетальної трансфузії*, важкість якого залежить від сумарного об'єму крові, що поступає від одного плода до іншого. Плід донор страждає від гіповолемії, гіпоксії, олігурії, розвивається затримка розвитку плода. Реципієнт, навпаки, страждає від гіперволемії, яка приводить до поліурії, багатоводдя, серцевої недостатності з високим серцевим викидом. Більш ніж 90% вагітностей, ускладнених синдромом фето-фетальної трансфузії закінчується самовільним викиднем або передчасними пологами.

Лікування: амніоцентез кожні 1-2 тижні з аспірацією великої кількості навколоплідних вод. Більш сучасним методом лікування є введення в порожнину матки тонкого ендоскопа та лазерна коагуляція плацентарних анастомозів (70% плодів виживають).

Особливості ведення пологів при багатоплідній вагітності

Дані контрольованих досліджень, на підставі яких можливо було б визначити який метод розродження, кесарський розтин чи пологи через природні пологові шляхи, має перевагу для жінок при багатоплідді, відсутні.

Але необхідно пам'ятати, що ризик розвитку ускладнень пологів при багатоплідній вагітності вище, ніж при вагітності одним плодом.

Ускладнення пологів та післяпологового періоду при багатоплідній вагітності:

- слабкість пологової діяльності;
- відшарування та виділення посліду до народження другого плода, як наслідок - внутрішньоутробна загибель другого плода;
- передчасне вилиття навколоплідних вод;
- випадіння дрібних частин плода та пуповини;
- колізія близнюків;
- поперечне положення другого плода;
- кровотеча у третьому періоді пологів, у ранньому післяпологовому періоді;
- субінволюція матки в післяпологовому періоді.

При потиличному передлежанні першого плода, цілому плідному міхурі, регулярній пологовій діяльності і доброму стані плодів пологи ведуть під кардіомоніторингом за станом плодів, за характером скоротливої діяльності матки, динамікою розкриття шийки матки (партограма), за вставленням і опусканням передлеглої частини I плода. Потрібно відмітити, що внаслідок невеликих розмірів плодів, починаючи з розкриття шийки матки на 6-7 см і більше, паралельно з цим відмічається опускання передлеглої частини в порожнину малого тазу. Це обумовлює труднощі в точному визначенні закінчення 1-го періоду пологів і початок II-го періоду пологів.

Знеболення пологів не відрізняється від знеболення при одноплідній вагітності: щоб попередити аортокавальну компресію, оптимальним є положення роділлі на боці. Якщо існує багатоводдя, показаний розтин плідного міхура при відкритті шийки матки 4 см та повільне випускання вод.

Після народження першого плода показаний розтин плідного міхура другого плода. Якщо після народження першого плода почалася кровотеча або виник дистрес плода, необхідне негайне розродження.

За показаннями проводять абдомінальне розродження:

- трійня, або більша кількість плодів;
- моноамніотична двійня;
- зрощені близнюки;
- поперечне положення обох або одного з плодів;
- тазове передлежання обох плодів, або першого з них;
- дистрес одного або двох плодів;
- аномалії пологової діяльності;
- випадіння пуповини або дрібних частин плода.

У післяпологовому періоді необхідне спостереження за породіллями, профілактика та лікування субінволюції матки.

Редукція надлишкової кількості ембріонів: для покращення прогнозу вагітності при наявності в матці чотирьох та більше ембріонів запропонована їх редукція. Вона полягає в пункції серця плода під контролем ультразвуку й введення в його порожнину хлориду калію. Протягом наступних місяців мертві плоди та їх плаценти розсмоктуються. Технічно редукція може бути виконана з 7 тижневого терміну вагітності, але пропонують відкласти її до 11 тижнів в надії на загибель одного з плодів,

а також для можливості діагностики вад розвитку, щоб визначити на якому плоді слід проводити операцію.

ПАТОЛОГІЯ НАВКОЛОПЛІДНОГО СЕРЕДОВИЩА

Навколоплідні води (НПВ) – зовнішнє середовище плода. Вони надають можливість йому рости й вільно рухатись, захищають організм плода від неблагоприємних зовнішніх впливів, приймають участь в обміні речовин плода, запобігають здавленню пуповини. Під час пологів плодовий міхур сприяє нормальному перебігу пологів. НПВ весь час знаходяться у постійному руху. В останні місяці вагітності вони поновлюються кожні 3 години. Щоденно плід заковтує майже 4 літри НПВ. Утворюються НПВ в результаті секреції епітелію амніону, надлишок вод виводиться через спеціальні пори та каналці амніону. До вод примішуються сеча плода, пушкове волосся плода, лусочки епідермісу, продукти секреції сальних залоз шкіри. До складу НПВ входять білки, жири, вуглеводи, солі, вітаміни, гормони, різні біологічно активні речовини. Їх склад відносно постійний, а кількість наприкінці вагітності становить 600 – 1500 мл. Якщо вони становлять більше 1500 мл кажуть про багатоводдя.

Багатоводдя

Багатоводдя (гідрамніон) - акушерська патологія, що характеризується збільшеною кількістю НПВ в амніотичній порожнині і часто призводить до важких ускладнень вагітності – аж до перинатальної смертності, яка при багатоводді становить 4,12 ‰ проти 1,97 ‰ у вагітних з нормальною кількістю НПВ. В останні роки значно зросла частота випадків багатоводдя в акушерській практиці, за даними різних авторів від 1 ‰ до 3 ‰. Завдяки ретельному ультразвуковому скринінгу ця патологія діагностується у 8 ‰ обстежених вагітних. Терміни розвитку багатоводдя: 16 – 19 тижнів – 1,5%; 20 – 23 тижня – 8,9%; 24 – 27 тижнів – 12,2%; 28 – 32 тижнів – 28,4%; 33 – 35 тижнів – 19,8%, 36 – 40 тижнів – 19,6%.

Етіологія багатоводдя

З боку матері:

- перенесені вірусні та бактеріальні інфекції (60%) – синдром інфікованих навколоплідних вод;
- цукровий діабет (поліурія у плода, реакція амніотичної оболонки у відповідь на підвищення рівня глюкози в навколоплідних водах).

З боку плаценти:

- хоріоангіома;
- артеріовенозна фістула.

З боку плода:

- багатоплідна вагітність (синдром фето-фетальної трансфузії при монохоріальному типі плацентациї).
- ідіопатичне багатоводдя;
- атрезія стравоходу;
- трахеостравохідна нориця;
- атрезія дванадцятипалої кишки;
- нервово-м'язова патологія (порушення ковтання);
- аненцефалія.

Класифікація багатоводдя

- *За часом виникнення:*
 - Гостре
 - Хронічне
- *За ступенем важкості:*
 - Легкий ступень (до 3 літрів)

- Середній ступень (3 – 5 літрів)
- Тяжкий (більш 5 літрів)

Клініка багатоводдя

При гострому багатоводді:

- загальне нездужання;
- швидке збільшення матки;
- задуха;
- біль у череві;
- набряки;
- напруження матки;
- акроціаноз.

При хронічному багатоводді:

- збільшення матки поступове;
- перебіг менш бурхливий ніж при гострому.

Діагностика

- виявляється після 22-24 тижнів вагітності;
- побільшений щодо терміну гестації об'єм матки;
- симптом флуктуації та балотування;
- напруженість стінок матки;
- нестійке положення плода.

При ожирінні вагітної, неправильному положенні плода, гіпертонусі матки точність і достовірність результатів значно знижується. Більш достовірними та інформативними будуть результати отримані за допомогою ультразвукового сканування.

Індекс амніотичної рідини (IAP) - для його визначення порожнину матки умовно поділяють на чотири квадранта: прямовисно по білій лінії живота й горизонтально по лінії пупка. Далі в кожному квадранті визначається глибина (прямовисно) найбільшого карману амніотичної рідини, вільної від часток плода. Сума чотирьох значень є IAP. Діагноз багатоводдя ставлять при збільшенні значень IAP більш 97,5 процентиля згідно таблиці Т.Мооге, J.Сайле (у 20 тижнів це 230 мм, у 30 – 258 мм, у 40 – 240 мм, у 42 – 192 мм.).

Об'єм обстеження пацієнток з багатоводдям

- Загальноклінічні методи
- Визначення рівня глюкози в сироватці крові, сечі, глюкозотолерантний тест
- При Rh(-) – типі крові – титр антитіл й непряма проба Кумбса
- виключення інфекційного фактору (цитологічне, серологічне, імунологічне дослідження).

Ускладнення під час вагітності

- Загроза переривання вагітності (42,3%)
- Дистрес плода (52%)
- Неправильне положення плода (6,5%)

Ускладнення в пологах

- Передчасні пологи (20,2%)
- Аномалія (слабкість) пологової діяльності (16 – 26%)
- Випадіння петель пуповини (1 – 2%)
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (5 – 7%)
- Гіпотонічні кровотечі (4-5%)
- Синдром здавлення нижньої порожнистої вени.

Тактика ведення при багатоводді залежить від

- Ступеня тяжкості й особливостей перебігу багатоводдя
- Терміну гестації
- Стану плода
- Наявності ускладнень
- Ефективності застосованої терапії
- При відсутності встановленої причини багатоводдя (резус – конфлікт, цукровий діабет, аномалії розвитку плода (идіопатичне багатоводдя?) – вести як пацієнтку з інфекційним багатоводдям.

Лікування багатоводдя

- Залежить від етіологічного фактора багатоводдя
- Антибактеріальна терапія (з урахуванням індивідуальної чутливості збудника, що виділяється з цервікального каналу й сечі). Однак при встановленому генезі інфекційного багатоводдя, відсутності ознак інфекції у сечовидільній системі й відсутності ефекту від антибактеріальної терапії багатоводдя протягом 7 днів – рекомендується перейти на роваміцин 3 млн. Од 3 рази на добу, протягом 10 діб)
- Амніоцентез проводиться тільки за наявності імунологічного конфлікту між матір'ю й плодом та у разі багатоводдя, що прогресує.

Особливості ведення пологів при багатоводді

- Амніотичну рідину випускають повільно по голці с початком пологової діяльності
- Амніотичні оболонки розтинають не в центрі, а збоку, вище маткового вічка для запобігання швидкого вилиття амніотичної рідини
- У випадку вилиття вод при вагінальному дослідженні амніотичну рідину випускають повільно, не виймаючи руку з піхви
- Родозбудження окситоцином починають не раніше 2 годин після вилиття навколоплідних вод з метою запобігання передчасного відшарування плаценти
- Третій період пологів вести активно.

У післяпологовому періоді у пацієнток з багатоводдям інфекційного ґенезу необхідно проводити профілактику гнійно-запальних захворювань, а у новонародженого ретельне обстеження з метою виключення внутрішньоутробного інфікування.

Маловоддя (олігогідрамніон)

- Патологічний стан, для якого притаманне зниження кількості навколоплідних вод менш ніж 0,5 літри.
- Частота – 0,3 – 0,4% всіх пологів, але при наявності уроджених вад розвитку плода – в 10 разів частіше.

Етіологія маловоддя

- Недорозвинення амніотичного епітелію
- Аномалії розвитку сечовидільної системи плода (агенезія нирок, полікістозна дегенерація нирок, усі види атрезій, задній клапан уретри, обструкції сечовідо – мискового сполучення)
- Первинна плацентарна недостатність
- Інфікування плода
- Патологія плода (синдром затримки розвитку, хромосомна патологія)
- Переношена вагітність
- Антенатальна загибель плода
- Ідіопатичне маловоддя

Класифікація маловоддя (за даними УЗД)

- -Легкого ступеня (IAP 5 - 10 см)
- -Середнього ступеня (IAP 2 - 5 см)
- -Важкого ступеня (IAP менш 2 см)

Раннє

Виникає до 24 тижнів гестації, свідчить про наявність вад розвитку плода чи неповноцінності структури амніону.

Пізнє

Виникає після 24 тижнів гестації, найчастіше є наслідком патологічного перебігу вагітності

Діагностика маловоддя

Найбільш точним методом діагностики маловоддя є ультразвукове дослідження, за результатами якого його класифікують за ступенями.

Клінічні методи обстеження також можуть вказувати на зменшення навколоплідних вод (зменшений щодо терміну гестації об'єм матки; піхвове дослідження з визначенням кількості передніх навколоплідних вод).

Ускладнення

З боку матері:

- Передчасні пологи
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

З боку плода:

- Косолапість
- Кривошия
- Скривлення хребта
- Деформації кісткової системи
- Вади розвитку плода
- Синдром затримки розвитку плода

Лікування маловоддя

Консервативні методи:

1. Лікування дисфункції плаценти
2. Антибактеріальна терапія за показаннями

Оперативні методи:

Тільки при тяжкому маловодді й необхідності пролонгування вагітності - інтраамніональне введення ультрафільтрата плазми материнської крові.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, контроль початкового рівня базових та основних знань, видача завдань для самостійної роботи.

Б. Основний — самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітних, пологовому залі. Студенти визначають положення плодів, проводять аускультацию, інші методи дослідження. Після встановлення діагнозу багатопліддя, складають план ведення вагітності і пологів. Встановлюють діагноз багатоводдя і маловоддя при наявності вагітних, або на підставі аналізу даних історій пологів, призначають лікування.

В. Заключний — контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, усних виступів студентів про роботу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: палати відділення патології вагітних, кабінет функціональної діагностики, пологовий зал, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, дані УЗД; проводиться клінічний розбір вагітних або породіль з багатопліддям, багатоводдям, маловоддям, за відсутності таких вагітних вивчаються історії пологів.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «багатоплідна вагітність»?
2. Які причини багатопліддя?
3. Які варіанти розвитку багатопліддя (класифікація)
4. Які особливості перебігу вагітності і можливі ускладнення при багатоплідді?
5. Які методи діагностики багатоплідної вагітності?
6. Які особливості ведення багатоплідної вагітності?
7. Які особливості ведення пологів при багатоплідді?
8. Яке визначення поняття «багатоводдя»?
9. Яка етіологія багатоводдя?
10. Які клінічні ознаки багатоводдя?
11. Які можливі ускладнення під час вагітності і пологів при багатоводді?
12. Які методи лікування багатоводдя?
13. Як визначення поняття «маловоддя»?
14. Яка етіологія розвитку маловоддя?
15. Які методи діагностики маловоддя?
16. Які можливі ускладнення при маловодді?
17. Які методи лікування маловоддя?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез, провести обстеження вагітної зовнішніми методами.
2. Встановити діагноз багатоплідної вагітності на підставі УЗ дослідження.
3. Визначити положення плодів у порожнині матки.
4. Провести аускультацию плодів.
5. Скласти план ведення вагітності при багатоплідді.
6. Встановити діагноз багатоводдя і маловоддя на підставі зовнішніх методів дослідження.

7. Встановити діагноз багатоводдя і маловоддя на підставі аналізу УЗ дослідження.
8. Скласти план лікування при багатоводді і маловодді.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. При надходженні роділлі в пологовий будинок встановлено багатопліддя. Вагітність доношена, таз нормальний, пологова діяльність активна, обидва плода в головному передлежанні, її стан задовільний.



Визначити тактику ведення пологів?



Пологи вести консервативно через природні пологові шляхи.

2. Вагітна К., 17 років, доставлена в пологове відділення із скаргами на задиху, вимушене положення в ліжку, швидке збільшення живота, біль у череві, набряки. Перейми по 15-20 секунд через 5-7 хвилин. Термін вагітності 37 тижнів, матка збільшена у розмірах, напружена, визначаються симптом флюктуації та балотування, напруженість стінок матки, нестійке положення плода, за даними УЗД - ІАР перевищує 4см. При вагінальному дослідженні встановлено відкриття шийки матки 4см, плідний міхур напружений.



Оцінити акушерську ситуацію, визначити тактику?



У вагітної перший період пологів, гостре багатоводдя. Необхідно амніотичну рідину випустити повільно по голці, не в центрі, а збоку, вище маткового вічка для запобігання швидкого вилиття амніотичної рідини доки голівка не притиснеться до входу у малий таз, потім провести розтин амніотичних оболонок. Далі оцінюється ефективність перейм та розкриття шийки матки в динаміці.

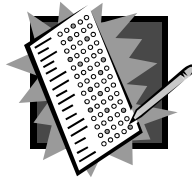
3. Вагітна 23 років, вагітність 18 тижнів, друга. Перша вагітність закінчилась передчасними пологами, дитина вмерла на 5 добу від вродженої вади нирок (якої точно вагітна не знає). При огляді встановлено, що об'єм матки значно менший щодо терміну гестації, за даними попереднього ультразвукового дослідження ІАР менше 4см.



Про яку патологію вагітності можна думати. Які додаткові заходи треба вжити?



У вагітної маловоддя середнього ступеня. Для виключення вродженої вади нирок необхідна консультація в медико-генетичному центрі.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Після перенесеної вірусної інфекції у вагітної жінки у термін вагітності 25 тижнів виявлено швидке збільшення матки. Вагітна вказує на загальне нездужання, біль у череві, набряки. Об'єктивно встановлено побільшений щодо терміну гестації об'єм матки, позитивні симптоми флуктуації та балотування, напруженість стінок матки, нестійке положення плода.



Який попередній діагноз?



- A. Багатоплідна вагітність.
- B. Багатоводдя.*
- C. Маловоддя.
- D. Великий плід.

2. В пологове відділення каретою швидкої допомоги доставлена першовагітна з доношеною вагітністю та регулярною пологовою діяльністю протягом 4 годин, води не відходили. При огляді встановлено, що вагітність двійнею, перший плід в тазовому передлежанні, другий в головному. Відкриття шийки матки 4 см, стан плодів задовільний, пологова діяльність прогресує.



Яка акушерська тактика?



- A. Вести пологі через природні пологові шляхи.
- B. Кесарський розтин*.
- C. Провести амніотомію, почати стимуляцію окситоцином.
- D. Визначитись при повному відкритті шийки матки.

3. Вагітна 25 років з переношеною вагітністю, за останній тиждень відмічає зменшення об'єму живота. При вагінальному дослідженні встановлено майже відсутність передніх навколоплідних вод. За даними УЗД індекс амніотичної рідини становить 5см.



Який попередній діагноз?



- A. Затримка розвитку плода.
- B. Переношена вагітність. Маловоддя середнього ступеня*.
- C. Переношена вагітність. Маловоддя важкого ступеня.
- D. Передчасне відходження навколоплідних вод.

Тема 5. ВЕЛИКИЙ ПЛІД

I. Науково-методичне обґрунтування теми

За останні роки пологи великим плодом збільшилися майже в 4 рази й трапляються у 8-14% випадках. Вивчення цієї проблеми є досить обґрунтованим, оскільки вагітність та пологи великим плодом значно частіше ускладнюються, а перинатальна смертність в 2-3 рази перевищує смертність плодів із середньою масою тіла.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «великий (велетенський) плід».
2. Основні причини розвитку великого плода.
3. Методи діагностики великого плода.
4. Особливості перебігу вагітності та пологів при великому плоді.
5. Особливості ведення пологів при великому плоді.
6. Методи профілактики розвитку великого плода;

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Діагностувати великий плід.
2. Визначити ознаки невідповідності між голівкою плода і тазом роділлі при великому плоді.
3. Прогнозувати наслідок пологів з урахуванням передбачуваної маси плода, розмірів таза, характеру пологової діяльності;
4. Обрати спосіб ведення пологів у роділлі з великим плодом залежно від акушерської ситуації.

III. Базисні знання

1. Розміри доношеного плода.
2. Поняття про пологові шляхи, розміри жіночого таза.
3. Поняття про анатомічне звуження таза і клінічно вузький таз.
4. Визначення передбачуваної маси плода.
5. Поняття про анатомічно звужений та клінічно вузький таз.
6. Біомеханізм пологів при головному передлежанні.
7. Особливості біомеханізму пологів при вузьких тазах.
8. Методи діагностики клінічно вузького таза (симптом Вастена, розмір Цангемейстера).

IV. Зміст начального матеріалу

Великим вважають плід масою більш як 4000г, та велетенським — більше 5000г.

Фактори, що впливають на масу плода

Фізіологічні:

- вага матері до вагітності й при першому звертанні до лікаря;
- зріст матері;
- кількість попередніх пологів;
- вік вагітних за 30 років;
- етнічна належність;
- стать плода;
- спадковість;
- зріст батька.

Патологічні:

- переношування;
- цукровий діабет вагітної;
- надмірне харчування,
- набрякова форма гемолітичної хвороби плода.

Діагностика

- анамнестичні дані: маса дітей під час попередніх пологів, ендокринні захворювання матері, маса матері.
- огляд вагітної: наявність ожиріння, ендокринопатій, округла форма живота, окружність живота понад 100 см, висота стояння дна матки понад 40 см, прямий розмір голівки понад 12 см, довжина плода понад 53 см, високе стояння голівки плода над входом до малого таза перед пологами та під час пологів, дані ультразвукового дослідження.

Особливості перебігу вагітності

- набряки;
- прееклампсія;
- багатоводдя;
- загроза переривання вагітності;
- гестаційний пієлонефрит;
- анемія;
- переношування.

Особливості перебігу пологів

- несвоєчасне відходження навколоплідних вод;
- неправильні вставлення голівки плода;
- слабкість пологової діяльності;
- клінічно вузький таз;
- дистонія плечиків плода;
- дистрес плода;
- асфіксія новонародженого;
- травматизм плода (кефалогематоми, внутрішньочерепний крововилив, переломи ключиць, травми хребта, м'язова кривошия);
- травматизм матері (розриви м'яких тканин пологового каналу з наступною недостатністю тазового дна, розходження й розрив симфізу);

Пологи великим плодом відбуваються так само, як у випадку рівномірно звуженого таза (біомеханізм пологів). Важливо визначити розбіжності між ризиком невідповідності передлеглої частини плода та таза матері, з одного боку, й, з другого боку, невідповідність розмірів таза та інших частин плода, наприклад, при затrudненні народження плечиків або затримці наступної голівки при тазовому передлежанні.

Дистоція плечиків плода – це стан, при якому виникають серйозні труднощі з народженням плечиків, коли голівка вже народилась. До теперішнього часу відсутні надійні способи допологового прогнозування розвитку дистоції плечиків, тому допомогу в подібній ситуації повинен надавати висококваліфікований фахівець. При наданні допомоги при дистоції плечиків роділля повинна знаходитись в положенні на спині, а її стегна та коліна повинні бути максимально зігнуті та прижаті до грудей. Необхідно провести достатню епізіотомію. Вивільнити плічка плода необхідно потягуванням його тіла вниз одночасно з потугою при/або без одночасного тиску на надлобкову ділянку, або при супутній ротації пальцями лікаря плечового поясу плода.

У роділь з великим плодом частіше доводиться застосовувати оперативне завершення пологів (кесарів розтин, плдоруйнівні операції).

Показання до кесаревого розтину у випадку великого плода: клінічно вузький таз, тазове передлежання, слабкість пологової діяльності, дистрес плода.

Профілактика

Профілактика розвитку великого плода і ускладнень під час пологів: своєчасна діагностика можливих причин розвитку великого плода, тобто виявлення жінок групи високого ризику (ожиріння, цукровий діабет і т.і.), своєчасне надання поради щодо режиму харчування та оптимального фізичного навантаження, своєчасна діагностика великого плода і ретельний моніторинг за вагітною та роділлею.

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий — мотивація теми, контроль початкового рівня базових та основних знань, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний — самостійна робота студентів під контролем викладача. Студенти з низьким вихідним рівнем знань працюють з навчальною літературою, решта студентів відпрацьовують на фантомі ляльці, тазі практичні навички, необхідні для роботи над цією темою у відділенні патології вагітних та у пологовому залі (вимірювання тазу, розмірів плода, його довжини й розмірів голівки, біомеханізм пологів за умов рівномірно звуженого тазу). У цей час студенти працюють групами по 2—3 особи, поступово змінюючись. Потім здійснюється курація у відділенні патології вагітних з великими плодами, де студенти працюють групами по 2—3 особи, діагностують або виключають наявність великого плода, складають план ведення пологів, аналізують особливі наслідки пологів, враховуючи ризик патології з боку матері і плода залежно від різних шляхів закінчення пологів. За наявності роділь з великим плодом проводяться роботи у пологовому залі, де студенти обстежують роділь, спостерігають у динаміці просування голівки, визначають та аналізують симптоми Вастена і розмір Цангемейстера, складають план ведення пологів; варто ознайомити студентів з УЗ-методом визначення маси плода.

В. Заключний етап — контроль засвоєння матеріалу, усні виступи студентів з аналізом найцікавіших випадків. Потім студентам роздають ситуаційні задачі, історії пологів роділь з великим плодом, деяким студентам можна запропонувати скласти задачі з цієї теми. На закінчення оцінюється робота кожного студента з урахуванням усіх видів виконаних ним робіт.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, передпологова палата, пологовий зал, палата патології вагітних, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: фантом, кістковий таз, лялька, тазомір, сантиметрова стрічка, таблиці, контрольні запитання, ситуаційні задачі, історії пологів.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «великий і велетенський плід»?
2. Які розміри плода вказують на те, що плід великий?
3. Які причини, що спричинюють розвиток великого плода?
4. Які методи діагностики великого плода?
5. Які особливості перебігу вагітності великим плодом?
6. Які ускладнення можливі під час пологів великим плодом?
7. Як діагностувати невідповідність голівки великого плода тазу матері?
8. Які методи розродження роділь великим плодом?
9. Показання до кесаревого розтину роділь з великим плодом?
10. Роль жіночої консультації та стаціонару в профілактиці розвитку великого плода й ускладнень вагітності та пологів?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Виміряйте ВДМ та ОЖ у вагітної та визначте масу плода.
2. Відновіть на фантомі біомеханізм пологів у жінок з рівномірнорозвуженим тазом.
3. Проведіть обстеження вагітної за допомогою зовнішніх методів та встановіть діагноз.
4. Складіть план ведення пологів в обстеженої вагітної.
5. Проведіть вимірювання таза, розмірів голівки, ВДМ, ОЖ у вагітної, роділлі, визначте прогноз пологів.
6. Встановіть відповідність голівки плода тазу матері шляхом вимірювання розміру Цангемейстера й визначення симптому Вастена (на фантомі).
7. Визначте у роділлі висоту стояння голівки плода й простежте динамку просування голівки по родовому каналу (на фантомі).
8. Проаналізуйте історію пологів у породіллі з великим плодом.
9. Проконтролюйте правильність вимірів таза і голівки, ВДМ, ОЖ, зроблених вашим колегою студентом.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля 22 років, першовагітна, з вагітністю 40 тижнів. Розміри таза нормальні. Родова діяльність протягом 3-х годин, активна. Води не відходили. Стан плода задовільний. Передбачувана маса плода 4300 г.



Встановити діагноз, тактику ведення пологів.



Перша вагітність, 40 тижнів. Перший період пологів. Великий плід. Моніторинг за станом плода та роділлі, просуванням голівки.

2. Роділля 27 років, вагітність доношена, перейми протягом 7 годин, останні 30 хвилин потужного характеру, води відійшли до початку переймів, головка плода над входом в малий таз, симптом Вастена позитивний, ВДМ – 41 см, ОЖ – 112 см. Стан плода задовільний. Відкриття шийки матки повне.



Встановити діагноз, тактику ведення пологів.



Другий період термінових пологів. Великий плід. Клінічно вузький таз. Кесарів розтин..

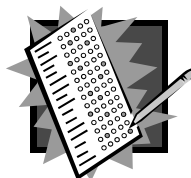
3. Вагітна 17 років, набрала за вагітність 21 кг, ВДМ-42 см, ОЖ – 115, термін вагітності 39-40 тижнів, за даними обстеження у вагітної загальнозвужений таз II ступеня та дистрес плода.



Встановити діагноз, тактику ведення пологів.



Кесарів розтин..



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля з передбачуваною масою плода 4100 г. Другий період пологів. Народилась голівка плода. Плічка не народжуються. Плід починає страждати.



Що необхідно зробити?



A. Кесарський розтин.

B. Накласти акушерські щипці.

C. Перинеотомію, максимально притиснути коліна та стегна до грудей.*

D. Заправити голівку плода в таз.

2. В пологовий будинок поступила вагітна з великим плодом у тазовому передлежанні у термін вагітності 38 тижнів. При обстеженні встановлено простий плоский таз 1 ступеня звуження.



Яку тактику Ви виберете?



- A. Негайний кесарів розтин.
- B. Роди через природні пологові шляхи.
- C. Кесарів розтин у термін пологів.*
- D. Тактику визначити в пологах..

Тема 6. ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Однією з найважливіших соціальних проблем медицини є зниження перинатальної смертності. Мертвороодженість при тазових передлежаннях залишається високою і дотепер. Тому раціональне ведення вагітності та пологів при цій патології буде допомагати поліпшенню наслідків пологів для матері та плода.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття тазового передлежання плода.
2. Причини виникнення тазового передлежання.
3. Класифікацію тазових передлежань.
4. Методи діагностики тазових передлежань.
5. Особливості перебігу вагітності та пологів при тазових передлежаннях.
6. Методи корекції, що використовуються при тазових передлежаннях.
7. Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
8. Техніку проведення допомоги за Цов'яновим I та II.
9. Техніку класичної ручної допомоги по звільненню плечового поясу та голівки плода.
10. Можливі ускладнення під час пологів при тазовому передлежанні плода та їх профілактика

В результаті проведеного заняття студент повинен уміти:

1. Використати методи діагностики тазових передлежань (прийоми Леопольда, піхвове дослідження, аускультацию, оцінку УЗД);
2. Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода;
3. Продемонструвати на фантомі методи допомоги за Цов'яновим I та II;
4. Продемонструвати на фантомі класичну ручну допомогу для звільнення плечового поясу та голівки плода;
5. Скласти план ведення пологів при тазовому передлежанні плода.

III Базові знання

1. Діагностика пізніх термінів вагітності.
2. Анатомія кісткового тазу.
3. Будова голівки плода.
4. Визначення передбачуваної маси плода.
5. Аускультация плода.

IV Зміст навчального матеріалу

При тазових передлежаннях плід розташований у поздовжньому положенні, передлежачою частиною плода є тазовий кінець, голівка перебуває в ділянці дна матки. Частота тазового передлежання 3-3,5% від загальної кількості пологів.

Причинами виникнення тазового передлежання можуть бути: багатоводдя, багатопліддя, пухлини матки, знижений м'язовий тонус матки, вади розвитку матки, недоношеність плода, передлежання плаценти, вузький таз.

Класифікація

1. Сідничне передлежання (згинальне):
 - неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода);
 - повне або змішане сідничне (передлежать сіднички плода разом із стопами);
2. Ножне передлежання (розгинальне):

- неповне (передлежить одна ніжка плода);
- повне (передлежать обидві ніжки плода);
- колінне передлежання.

Діагностика

Розпізнавання тазових передлежань базується головним чином на вмінні пальпаторно відрізнити голівку плода від сідниць.

При зовнішньому акушерському дослідженні необхідно використовувати чотири прийоми Леопольда:

- в області дна матки визначають округлу, щільну, балотуючу голівку;
- над входом або у вході малого тазу пальпують неправильної форми передлеглу частину плода м'якої консистенції, що не балотує;
- під час аускультативного серцебиття плода вислуховується залежно від позиції справа або зліва вище пупка.

Діагностика тазового передлежання звичайно викликає труднощі при вираженому напруженні м'язів передньої черевної стінки та підвищеному тонусі матки, при ожирінні, двійні, аненцефалії.

При піхвовому дослідженні під час вагітності через переднє склепіння пальпується об'ємна, м'якуватого типу консистенції передлегла частина плода, що відрізняється від голівки, яка більш щільна та кругла.

При внутрішньому акушерському дослідженні в пологах (при відкритті шийки матки) можлива пальпація різних частин в залежності від передлежання:

- сідничне неповне (чисте) – пальпують об'ємну, м'яку частину плода, визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи;
- сідничне повне (змішане) – пальпують об'ємну, м'яку частину плода, знаходять стопу або дві стопи, що лежать поряд із сідницями;
- ножне – пальпують ніжку, ознакою якої є п'яtkова кістка, пальці - рівні, короткі, великий палець не відводиться в сторону, є обмежено рухомим, не приводиться до підшви.

Ультразвукове дослідження (УЗД) – найбільш інформативний метод діагностики. Такий метод дослідження дозволяє визначити не тільки тазове передлежання, але й масу плода, положення голівки (зігнута, розігнута).

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють чотири варіанти положення голівки, що має суттєве значення для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

- голівка зігнута, кут більший 110° ;
- голівка слабо розігнута, "поза військового" – I ступінь розгинання голівки, кут $100-110^{\circ}$;
- голівка помірно розігнута – II ступінь розгинання, кут $90-100^{\circ}$;
- надмірне розгинання голівки, "плід дивиться на зірки" – III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90° .

Перебіг і ведення вагітності

Перебіг вагітності при тазовому передлежанні не відрізняється від такого при головному передлежанні, але нерідко трапляються ускладнення. Найчастішим і найнесприятливішим за своїми наслідками є раннє або передчасне вилиття навколоплідних вод. У більшості випадків це трапляється при ножному передлежанні.

При веденні вагітності в жіночий консультації попередній діагноз тазового передлежання плода встановлюють в термін вагітності 30 тижнів, а остаточний – в 37-38 тижнів.

В термін вагітності 30 тижнів проводять заходи, що сприяють самоповороту плода на голівку. Для цього рекомендують (С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу.

З 32 до 37 тижня призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик.

Головні елементи корегуючої гімнастики за І.І. Грищенком та А.Є. Шулешовою:

- 1) нахили тулуба вагітної в бік спинки плода;
- 2) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах з одночасним згинанням тулуба в бік позиції плода;
- 3) вигинання спини з упором на перекладині шведської стінки;
- 4) вигинання спини в колінно-ліктвовому положенні;
- 5) згинання нижніх кінцівок у колінних і кульшових суглобах лежачи на спині, приведення колін до живота, напівоберт тазу із зігнутими кінцівками в бік позиції плода.

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ: загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II-III ступеня.

Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).

У разі збереження тазового передлежання плода в термін 37-38 тижнів вагітності проводиться госпіталізація в акушерський стаціонар за показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу;
- ускладнений перебіг даної вагітності;
- екстрагенітальна патологія;
- можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку.

У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної (А).

Зовнішній поворот плода на голівку

Показання:

- неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді.

Умови:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г;
- нормальні розміри малого тазу;
- спорожнений сечовий міхур вагітної;
- можливість проведення УЗД передлежання і стану плода до- та після проведення повороту;
- задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку;
- нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод;
- нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур;
- готовність операційної до надання екстреної допомоги у разі виникнення ускладнень;
- наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія);
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез;
- багато- або маловоддя;
- багатоплідна вагітність;
- анатомічно вузький таз
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки;
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД;
- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;

- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та придатків матки.

Техніка зовнішнього повороту плода на голівку:

- положення жінки на боці, з нахилом 30-40° в сторону спинки плода;
- сідниці плода відводять від входу малого тазу долонями лікаря, введеними між лоном та сідницями плода;
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода;
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції;
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць – до дна матки.

Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Можливі ускладнення: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, розрив матки. У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

Перебіг і ведення термінових пологів

Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях полягають у високому ризику можливих ускладнень. В I періоді пологів може відбутися: передчасне та раннє відходження навколоплідних вод, випадіння дрібних частин плода, пуповини, слабкість пологової діяльності, дистрес плода, ендометрит в пологах. В II періоді: закидання ручок плода, утворення заднього виду, спазм шийки матки, травма плода, травма пологових шляхів.

Розрізняють три ступеня закидання ручок: I – ручка закинута попереду вушка, II – на рівні вушка, III – позаду вушка плода. Найчастіше в цих випадках настає важкий дистрес плода внаслідок затяжного народження голівки.

Пологи при тазових передлежаннях проходять у три етапи:

- 1 етап – народження тазового кінця.
- 2 етап – народження плечового поясу.
- 3 етап – народження голівки плода.

Біомеханізм пологів

Ведучою точкою є верхівка куприка, провідна лінія – міжвертельна.

1. Встановлення сідниць (стиснення та опущення їх), міжвертельна лінія перебуває в одному з косих розмірів.
2. Внутрішній поворот сідниць. Починається при переході з широкої у вузьку частину порожнини малого тазу, закінчується в площині виходу, коли міжвертельна лінія стає в прямому розмірі виходу.
3. Бокове згинання хребта в попереково-крижовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та краєм клубової кістки передньої сідниці. Народження задньої сідниці, а потім передньої в прямому розмірі.
4. Внутрішній поворот плечиків (з косоного розміру в прямий) та зв'язаний з ним зовнішній поворот тулуба.
5. Бокове згинання хребта в шийно-плечовому відділі. Точка фіксації між нижнім краєм симфізу та акроміальним відростком лопатки плода. Відбувається народження заднього плечика, а потім переднього в прямому розмірі площини виходу з малого тазу.
6. Внутрішній поворот голівки. Сагітальний шов переходить в прямий розмір виходу з малого тазу, підпотилична ямка фіксується під лоном.
7. Згинання голівки навколо точки фіксації та її народження.

При ніжних передлежаннях біомеханізм пологів той самий, тільки першими зі статевої щілини з'являються не сіднички, а ніжки.

З метою профілактики ускладнень в акушерському стаціонарі у роділь з тазовим передлежанням плода є важливим визначення *плану ведення пологів*.

Плановий кесарів розтин проводять за наступними показаннями:

- Очікувана маса плода 3700,0 і більше;
- Ножне передлежання плода;
- Розгинання голівки III ступеня за даними УЗД
- Пухлини шиї плода та гідроцефалія.

Консервативне ведення пологів:

- після складання плану ведення пологів упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину;
- слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми, реєстрації КТГ протягом 15 хвилин кожні 2 години;
- у разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини;
- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину (до 20 крапель за хвилину у присутності анестезіолога і неонатолога);
- проведення епізіотомії за показаннями (якщо промежина погано розтягується); пудендальної анестезії (С);

З метою попередження ускладнень пологи *при неповному (чисто) сідничному передлежанні* ведуть за методом Цов'янова I. Слід підкреслити, що ручна допомога – не операція, вона є допомогою лікаря при самостійному народженні плода при тазовому передлежанні.

Розпочинають надання ручної допомоги за методом Н.А. Цов'янова I в момент прорізування сідниць; сідниці, які народжуються, підтримують без будь-яких спроб витягування плода. Головна мета – зберегти нормальне членорозташування плода, не дати ніжкам передчасно народитися, для цього великими пальцями їх утримують притиснутими до тулуба плода. Інші чотири пальці розміщують вздовж криж плода – захват по типу „бінокля”. В міру народження плода руки пересувають по тулубу до задньої спайки промежини роділлі. В косому розмірі тулуб народжується до нижнього кута передньої лопатки, плечовий пояс стає в прямому розмірі. В цю мить треба направити сідниці вниз, щоб полегшити самостійне народження з-під симфізу переднього плечика. Для народження заднього плечика тулуб плода знову піднімають догори.

Увійшовши в малий таз в косому розрізі, голівка плода завершує свій внутрішній поворот, опускається на тазове дно і при інтенсивній пологовій діяльності народжується самостійно, при цьому акушер підіймає тулуб плода догори, до лона роділлі (виведення голівки за Брахтом).

Якщо голівка затримується, її виводять методом Морисо-Левре-Лашапель.

При *повному (змішаному) сідничному передлежанні* сідниці і тулуб плода народжуються самостійно до нижнього кута лопаток.

При ускладненнях, які можуть виникати під час народження плечового поясу і тим самим передбачити закидання ручок, слід перейти до звільнення плечового поясу і голівки плода за методикою класичної ручної допомоги:

а) звільнення плечового поясу

- однією рукою (при I позиції – лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції – до правого стегна);
- вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходять до ліктьового згину і виводять задню ручку;

- вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку) таким чином, щоб вона зробила «вмивальний» рух;
- передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини;
- захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода – 4 пальці кожної руки на стегнах, а великі пальці на сідницях плода) і повертають його на 180° ;
- спинка плода у час повороту повинна пройти під симфізом;
- звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини

б) звільнення голівки прийомом Морісо-Левре-Лашапель

- підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху долоні та передпліччя акушера;
- розташовують вказівний та безіменний палець цієї руки на вилицеві (скулові) кістки плода, а середній палець вводять в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки;
- використовують іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки;
- вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно згинають голівку плода у напрямку до грудини;
- роблять тракцію на себе до появи межі волосистої лінії голівки плода і утворення точки фіксації, одночасно асистент натискає долонною поверхнею руки над лоном роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання;
- обережно роблять тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні.

При ножному передлежанні розродження проводять шляхом кесарева розтину (А).

При необхідності проводити пологи через природні пологові шляхи у разі ножного передлежання надають ручну допомогу за методом Н.А. Цов'янова II.

Мета ручної допомоги – перешкодити народженню ніжок плода до повного відкриття шийки матки і тим самим водночас допомогти підсиленню пологової діяльності.

Накривши стерильною серветкою зовнішні статеві органи роділлі, прикладають до вульви долоню так, щоб перешкодити передчасному випадінню ніжок із піхви. Плід при цьому ніби присідає навпочіпки і опиняється в повному сідничному передлежанні.

При повному відкритті шийки матки, коли сідниці вже спустилися на тазове дно, ніжки не утримуються, плід самостійно народжується до нижнього кута передньої лопатки, а далі звільняється плечовий пояс і голівка плода класичною ручною допомогою.

V. Етапи проведення заняття

А. *Підготовчий* – на початку заняття викладач повинен розкрити актуальність теми, сформулювати основні завдання заняття, провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного студента на контрольне запитання. Студентам видаються завдання для самостійної роботи.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під керівництвом викладача в палатах відділення патології вагітних, в передпологовій, в пологовому залі (збирання анамнезу, дослідження вагітної або роділлі з тазовим передлежанням). Опрацювання на фантомі моментів біомеханізму пологів при тазовому передлежанні, допомоги за Цов'яновим I та II, класичної ручної допомоги по виведенню плечового поясу та голівки плода. Кожен студент на фантомі за участю асистента демонструє з лялькою головні моменти біомеханізму пологів з клінічним поясненням цих моментів.

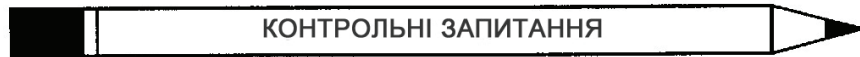
В. *Заключний* – контроль кінцевого рівня засвоєння навчального матеріалу шляхом розв'язування студентами ситуаційних задач, усні виступи студентів про

зроблену роботу. В кінці заняття проводиться оцінка роботи кожного студента, узагальнення, зауваження за ходом заняття.

VI Методичне забезпечення

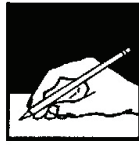
Місце проведення заняття: навчальна кімната, палата патології вагітних, пологовий зал.

Оснащення: фантоми, ляльки, кісткові тазу, стетоскоп, сантиметрова стрічка, таблиці. Для проведення заняття підготувати 1–2 вагітних з тазовим передлежанням плода.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що називається тазовим передлежанням плода ?
2. Яка класифікація тазових передлежань плода?
3. Як часто зустрічаються тазові передлежання ?
4. Причини виникнення тазових передлежань ?
5. Які методи діагностики тазових передлежань?
6. Які особливості перебігу вагітності при тазовому передлежанні плода?
7. Які особливості ведення вагітності при тазовому передлежанні плода?
8. Які показання та умови для зовнішнього повороту плода на голівку?
9. Які протипоказання для зовнішнього повороту плода на голівку?
10. Яка техніка зовнішнього повороту плода на голівку?
11. Які особливості біомеханізму пологів при тазових передлежаннях ?
12. Особливості перебігу пологів при тазових передлежаннях ?
13. Які ускладнення виникають в I періоді пологів ?
14. Які ускладнення виникають в II періоді пологів ?
15. Як ведеться I період пологів при тазовому передлежанні плода ?
16. Які особливості ведення II періоду пологів при тазовому передлежанні ?
17. Коли акушери надають допомогу за Цов'яновим I ? Її техніка ?
18. Коли акушери надають допомогу за Цов'яновим II ? Її техніка ?
19. В чому полягає класична ручна допомога ?
20. Показання до кесаревого розтину при тазовому передлежанні плода ?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зберіть анамнез у вагітної або роділлі з тазовим передлежанням.
2. Проведіть обстеження вагітної прийомами Леопольда при тазовому передлежанні плода і дайте оцінку.
3. Проведіть піхвове обстеження в пологах при тазовому передлежанні плода (на фантомі).
4. Проведіть диференційну діагностику у обстеженої вагітної між головним і тазовим передлежанням плода.
5. Дайте оцінку даним УЗД при тазовому передлежанні плода.
6. Визначить передбачувану масу плода.
7. Вислухайте серцебиття плода при тазовому передлежанні плода.
8. Продемонструйте на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
9. Покажіть на фантомі допомогу за Цов'яновим I та II, технічні прийоми класичної ручної допомоги при звільненні плечового поясу та голівки плода.
10. Складіть план ведення пологів при тазових передлежаннях залежно від маси плода.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна Е., 20 років, пізно взята на облік в жіночій консультації. При обстеженні встановлено: вагітність 35–36 тижнів, ожиріння III ступеня, підозра на тазове передлежання плода.



Які додаткові методи обстеження допоможуть уточнити діагноз?



Ультразвукове дослідження.

2. В акушерський стаціонар доставлена вагітна 25 років. Вагітність 39 тижнів. Повне сідничне передлежання плода. Передчасне вилиття навколоплідних вод. Очікувана маса плода 3900,0. Розміри тазу нормальні.



Який план ведення пологів?



Кесарів розтин.

3. У роділлі А., 25 років (розміри тазу 25-28-30-20), з тазовим передлежанням плода, в пологах проведено вагінальне обстеження. Виявлено: розкриття маткового вічка: 6 см, плодовий міхур відсутній, передлегла частина велика, нечітка, м'яка. Зліва і спереду виявляються ступні плода.



Який діагноз?



I період пологів, змішане сідничне передлежання, раннє вилиття навколоплідних вод.

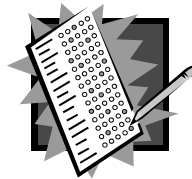
4. У роділлі М., 24 років, з чисто сідничним передлежанням плода, другий період пологів вели за Цов'яновим I. При народженні плода до нижнього кута передньої лопатки виявлено, що закинулись ручки, які знаходяться перед личком плода.



Як вести пологи далі?



Приступити до виведення плечового поясу і голівки методом класичної ручної допомоги



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У роділлі Д., 23 років, встановлено діагноз: пологи термінові в змішаному сідничному передлежанні, початок II періоду пологів.



Яку допомогу необхідно надати?



- A. Класичну ручну допомогу для виведення плечового поясу і голівки плода*
- B. Ручну допомогу за методом Цов'янова I
- C. Ручну допомогу за методом Цов'янова II
- D. Не надавати допомоги до народження голівки плода

2. При ультразвуковому дослідженні вагітної з тазовим передлежанням плода встановлено, що кут між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода складає менш 90° .



Який варіант положення голівки плода?



- A. Розгинання голівки III ступеня
- B. Розгинання голівки II ступеня
- C. Розгинання голівки I ступеня
- D. Голівка зігнута

Тема 7. НЕПРАВИЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА В ПОЛОГАХ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Неправильні положення плода є патологією, яка становить загрозу життю матері і плода, оскільки пологи через природні статеві шляхи неможливі. Ця обставина обумовлює необхідність вивчення етіології вказаної патології, методів діагностики, лікування та вибору методів розродження і профілактики.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «неправильне положення плода».
2. Причини виникнення неправильних положень плода.
3. Діагностика неправильних положень плода (класичними та сучасними методами).
4. Особливості перебігу і можливі ускладнення вагітності при неправильному положенні плода.
5. Методи корегування неправильних положень плода під час вагітності.
6. Особливості перебігу і можливі ускладнення пологів при неправильному положенні плода.
7. Показання та протипоказання до операції кесаревого розтину при неправильному положенні плода.
8. Показання та умови для класичного повороту плода на ніжку.
9. Визначення поняття "запущеного поперечного положення плода";
10. Спосіб розродження при "запущеному поперечному положенні плода".

В результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Встановити діагноз неправильного положення плода шляхом зовнішнього та внутрішнього дослідження.
2. Встановити діагноз неправильного положення плода шляхом внутрішнього дослідження.
3. Встановити діагноз неправильного положення плода на підставі аналізу УЗ дослідження.
4. Прогнозувати небезпечність проведення вагітності та пологів при неправильному положенні плода.
5. Скласти план ведення вагітності при неправильному положенні плода.
6. Скласти план ведення пологів при неправильному положенні плода.
7. Виконати операцію зовнішнього повороту плода в терміни вагітності 38 тижнів (на фантомі).
8. Виконати операцію класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку (на фантомі).

III. Базові знання

1. Основні та додаткові розміри таза жінки, розміри доношеного плода.
2. Пальпація матки за методом Леопольда
3. Вагінальне дослідження , його мета.
4. Сучасні інструментальні методи дослідження в акушерстві (УЗД, КТГ та ін.).
5. Роль навколоплідних вод для плода під час вагітності та в пологах.
6. Знеболювання пологів (акушерських операцій).

IV. Зміст навчального матеріалу

Якщо вісь плода не збігається з віссю матки, то таке положення називається *неправильним*. У тих випадках, коли осі плода і матки, перетинаючись, утворюють кут в 90°, положення вважають поперечним (situs transversus); якщо цей кут менше 90°, то

положення плода вважається косим (situs obliquus). Неправильні положення плода зустрічаються в 0,2-0,4% випадків. Необхідно зазначити, що положення плода цікавить акушера з 22 тижнів вагітності, коли можуть розпочатися передчасні пологи.

Косе та поперечне положення плоду виникає в ситуації, при якій плід не може зайняти повздовжнє положення в порожнині матки, зважаючи на відсутність сил, що забезпечують підтримку його тіла в подовжній осі.

Етіологія

Причини формування неправильних положень плода, мають багато загального з причинами тазових передлежань. Основне значення мають зниження пластичного тону мускулатури матки, зміна форми матки, надмірна або різко обмежена рухливість плода, або при перешкоді для встановлення повздовжнього положення плода. Такі умови створюються при аномаліях розвитку та пухлинах матки, аномаліях розвитку плода, передлежанні плаценти, багатоводді, маловодді, багатоплідній вагітності, дряблості передньої черевної стінки, а також при станах, які утруднюють вставляння передлеглої частини плоду у вхід в малий таз, наприклад при пухлинах матки або при крайніх ступенях звуження розмірів тазу. Аномальне положення, особливо косе, може бути тимчасовим і пов'язаним просто з положенням тіла матері.

Діагностика

Поперечне і косе положення плода в більшості випадків діагностуються без особливих труднощів. При огляді живота звертає на себе увагу форма матки, яка витягнута в поперечному розмірі. Окружність живота завжди перевищує норму для відповідного терміну вагітності, при якому проводиться обстеження, а висота стояння дна матки завжди менше норми. Використовуючи прийоми Леопольда - Левицького, одержують наступні дані: у дні матки відсутня яка-небудь велика частина, у бічних відділах матки виявляють великі частини плода (з одного боку - круглу щільну, з іншого боку - м'яку), передлегла частина плода не визначається. Серцебиття плода найкраще прослуховується в області пупка. Позицію плода визначають по голівці: при першій позиції голівка визначається ліворуч, при другій - праворуч. Вид плода, зазвичай, розпізнають по спинці: спинка повернута вперед - передній вид, спинка назад - задній. Якщо спинка плода повернена вниз, то має місце несприятливий варіант (dorsoinferior) - при ньому створюються несприятливі умови для екстракції плода.

Піхвове обстеження, зроблене під час вагітності або на початку пологів при цілому плодовому міхурі, не дає багато інформації. Воно лише підтверджує відсутність передлеглої частини. Після відходження навколоплідних вод при достатньому розкритті шийки матки (4-5 см) можна визначити плече, лопатку, остисті відростки хребців, пахову западину.

УЗД – найбільш інформативний метод діагностики (А). Він дозволяє визначити не тільки неправильне положення, але й очікувану масу плода, положення голівки, локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку матки та її пухлини, аномалії розвитку плода, тощо.

Перебіг і тактика ведення вагітності

Вагітність при неправильному положенні плода перебігає без особливих відхилень від норми. Підвищується ризик передчасного вилиття навколоплідних вод, особливо в третьому триместрі вагітності.

Попередній діагноз неправильного положення плода встановлюють в термін вагітності 30 тижнів, остаточний – у 37-38 тижнів. Починаючи з 32 тижня, частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності (А).

В жіночий консультації в термін 30 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати коригуючи гімнастику(С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2-3 рази на добу. З

32 до 37 тижнів призначають комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І.Ф.Дикань, І.І.Грищенко, В.В.Фомічева, Е.В.Брюхіна].

Протипоказаннями для проведення гімнастичних вправ є загроза передчасних пологів, передлежання плаценти, низьке прикріплення плаценти, анатомічно вузький таз II – III ступеня. Не проводять в умовах жіночої консультації зовнішній профілактичний поворот плода на голівку (А).

У тих випадках, коли неправильне розташування повздожньої осі плоду виявляється після 32 тижнів вагітності, необхідно спробувати виявити причину, яка лежить в основі аномального положення плоду. Подальша тактика ведення вагітності полягає в проведенні спроби зовнішнього повороту плода на голівку при доношеному терміні вагітності і подальшій індукції родів, або вичікувальному веденні вагітності і подальшій спробі повороту плода з початком родів, якщо його неправильне положення збережеться. При вичікувальній тактиці ведення вагітності велика частина плодів, що мали неправильне положення, розташовується подовжньо до початку родів. Тільки менше 20% плодів, що розташовувалися поперечно до 37 тижнів вагітності, залишаються в такому положенні до початку родів.

У термін 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації в акушерський стаціонар III рівня за такими показаннями: наявність обтяженого акушерсько – гінекологічного анамнезу, ускладнений перебіг даної вагітності, екстрагенітальна патологія, можливість проведення зовнішнього повороту плода. В акушерському стаціонарі з метою уточнення діагнозу проводять ультразвукове дослідження, оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода – БПП, за необхідністю - доплерометрія), визначають можливість проведення зовнішнього повороту плода на голівку, визначають готовність жіночого організму до пологів,

План ведення пологів розробляють консиліумом за участі анестезіолога і неонатолога та узгоджують з жінкою. *У разі доношеної вагітності у стаціонарі III рівня до початку пологів можливе проведення зовнішнього повороту плода на голівку за поінформованої згоди вагітної (А).* Зовнішній поворот плода на голівку за методом Б.А.Архангельського у разі доношеної вагітності приводить до збільшення числа фізіологічних пологів у головному передлежанні (А).

Проведення зовнішнього повороту на голівку при доношеній вагітності дозволяє частіше здійснитися спонтанному повороту плоду, а також дає можливість виявитися тим ускладненням перебігу вагітності, які самі по собі будуть самостійними показаннями для кесаревого розтину. Таким чином, очікування терміну пологів зменшує число непотрібних спроб зовнішнього повороту. При доношеній вагітності у разі виникнення ускладнень повороту можна виконати екстрене абдомінальне розродження зрілого плоду. Після успішного зовнішнього повороту на голівку рідше зустрічаються зворотні спонтанні повороти. Недоліками зовнішнього повороту плода при доношеній вагітності є те, що його проведенню може завадити передчасний розрив плодового міхура або роди, що почалися до запланованої спроби здійснення цієї процедури. Використання токолітиків при зовнішньому повороті знижує рівень невдач, полегшує проведення процедури і попереджає розвиток брадикардії у плода. Ці переваги застосування токолітиків слід зіставляти з їх можливим побічним ефектом відносно серцево-судинної системи матері. Слід зазначити, що ризик ускладнень при проведенні зовнішнього повороту зменшується, тому що процедура відбувається безпосередньо в пологовому відділенні з безперервним моніторингом за станом плоду до розродження.

Умови для проведення зовнішнього повороту: передбачувана маса плода < 3700,0 г, нормальні розміри тазу, спорожнений сечовий міхур вагітної, можливість проведення УЗД положення і стану плода до та після проведення повороту, задовільний стан плода за БПП та відсутність аномалій розвитку, нормальна рухливість плода, достатня кількість навколоплідних вод, нормальний тонус матки, цілий плодовий міхур, готовність операційної для надання екстреної допомоги у разі виникнення

ускладнень, наявність досвідченого кваліфікованого фахівця, який володіє технікою повороту.

Протипоказання для проведення зовнішнього повороту: ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія); обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (звичне невиношування, перинатальні втрати, безпліддя в анамнезі); багато- або маловоддя; багатоплідна вагітність; анатомічно вузький таз; наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки; передлежання плаценти; тяжка екстрагенітальна патологія; рубець на матці, злукова хвороба; аномалії розвитку плода; аномалії розвитку матки; пухлини матки та придатків матки.

Ускладнення при проведенні зовнішнього повороту: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, дистрес плода, розрив матки. У разі обережного та кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

Перебіг і тактика ведення пологів

Пологи в поперечному положенні є патологічними. Спонтанне розродження через природні пологові шляхи життєздатним плодом неможливі. Якщо пологи починаються дома і за роділлею немає достатнього спостереження, то ускладнення можуть розпочатися вже в I періоді. При поперечному положенні плода немає поділу навколоплідних вод на передні і задні, тому часто спостерігається несвоєчасне відходження навколоплідних вод. Це ускладнення може супроводжуватися випадінням петель пуповини або ручки плода. Позбавлена навколоплідних вод матка щільно облягає плід, формується **запущене поперечне положення плода**. При нормальній пологовій діяльності плече плода все глибше опускається в порожнину таза. Нижній сегмент перерозтягується, контракційне кільце (граніця між тілом матки та нижнім сегментом) піднімається вгору і займає косо положення. З'являються ознаки загрозливого розриву матки, і при відсутності адекватної допомоги може відбутися її розрив.

Щоб уникнути подібних ускладнень за 2-3 тижні до очікуваних пологів вагітну направляють в акушерський стаціонар, де її обстежують та готують до завершення вагітності.

Єдиним способом розродження при поперечному положенні плода, який забезпечує життя та здоров'я матері і дитини, є операція кесаревого розтину в терміні 38-39 тижнів.

Раніше часто застосовувалася **операція класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку** з наступним вилученням плода. Але вона дає багато незадовільних результатів. На сьогодні при живому плоді її проводять лише у випадку розродження другого плода при двійні. Слід зазначити, що операція класичного акушерського повороту плода на ніжку дуже складна і тому, враховуючи тенденції сучасного акушерства, виконується дуже рідко.

Умови для операції акушерського класичного повороту.

1. Повне розкриття шийки матки.
2. Достатня рухливість плода.
3. Відповідність між розмірами голівки плода і таза матері.
4. Плодовий міхур цілий або води тільки що відійшли.
5. Живий плід середніх розмірів.
6. Точне знання положення і позиції плоду.
7. Відсутність структурних змін в матці і пухлин у області піхви.
8. Згода роділлі на поворот.

Протипоказання для операції акушерського класичного повороту:

1. Запущене поперечне положення плода.
2. Загрозливий розрив матки, що почався або який відбувся.
3. Вроджені вади розвитку плода (аненцефалія, гідроцефалія, та ін.).
4. Нерухомість плода.
5. Вузкий таз (II-IV ступені звуження).
6. Маловоддя.
7. Великий або гігантський плід.
8. Рубці або пухлини піхви, матки, малого тазу.
9. Пухлини що перешкоджають природному розродженню.
10. Важкі екстрагенітальні захворювання.
11. Тяжка прееклампсія.

Підготовка до операції

Підготовка до операції включає заходи, необхідні для вагінальних операцій. Вагітну укладають на операційний стіл у положенні на спині із зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах ногами. Спорожнюють сечовий міхур. Проводиться дезінфекція зовнішніх статевих органів, внутрішніх поверхонь стегон і передньої черевної стінки, живіт накривають стерильною пелюшкою. Руки акушера обробляються як для порожнинної операції. За допомогою зовнішніх прийомів і піхвового обстеження докладно вивчаються положення, позиція, вид плода та стан родових шляхів. У випадку, якщо навколоплідні води цілі, плодовий міхур розривають безпосередньо перед проведенням повороту. Комбінований поворот слід проводити під глибоким наркозом, який повинен забезпечити повноцінне розслаблення м'язів.

Техніка операції акушерського класичного повороту включає наступні етапи:

1. Введення руки в порожнину матки.
2. Відшукування, вибір та захоплення ніжки.
3. Власне поворот плода і витягання ніжки до підколінної ямки.

Після завершення повороту проводять вилучення плода за ніжку.

I етап. У матку може бути уведена будь-яка рука акушера, однак, більш легко виконується поворот при введенні руки, однойменної позиції плода: при першій позиції - лівої руки, а при другій - правої. Кисть руки вводиться складеної у вигляді конуса (пальці витягнуті, кінці їх притискаються один одного). Іншою рукою розводять полову щілину. Складену внутрішню руку вводять у піхву в прямому розмірі виходу таза, потім легкими гвинтоподібними рухами рука переводиться із прямого розміру в поперечний, одночасно просуваючись до внутрішнього зіву. Як тільки кисть внутрішньої руки цілком уведена в піхву, зовнішню руку переміщують на дно матки.

II етап. Просуванню руки в порожнині матки може перешкоджати плечико плода (при поперечному положенні) або голівка (при косому положенні плода). При цьому необхідно внутрішньою рукою перемістити голівку плода убік спинки або захопити плечико і обережно відсунути його убік голівки.

Виконуючи II етап операції, варто пам'ятати, що на сьогодні прийнято робити поворот на одну ніжку. Неповне ножне передлежання плода є більш сприятливим для перебігу родового акту, ніж повне ножне, тому що зігнута ніжка й сідниці плода представляють більш об'ємну частину, що краще підготовляє родові шляхи для проходження наступної голівки. Вибір ніжки, яку варто захопити, визначається видом плода. При передньому виді захоплюється нижня ніжка, при задньому - верхня. При дотриманні цього правила поворот завершується в передньому виді плода. Якщо ніжка обрана неправильно, то народження плода буде відбуватися в задньому виді, що зажадає повороту в передній вид, тому що пологи в задньому виді при тазових передлежаннях через природні родові шляхи неможливі. Існують два способи відшукування ніжки: короткий і довгий. При першому рука акушера просувається

безпосередньо з боку животика плода до того місця, де приблизно перебувають ніжки плода. Більше точним є довгий спосіб відшукування ніжки. Внутрішня рука акушера поступово сковзає по бічній поверхні тулуба плода до сідничної області, далі до стегна й гомілки. При цьому способі рука акушера не губить зв'язку із частинами плода, що дозволяє добре орієнтуватися в порожнині матки й правильно відшукувати потрібну ніжку. У момент відшукування ніжки зовнішня рука лежить на тазовому кінці плода, намагаючись наблизити його до внутрішньої руки.

Після відшукування ніжки її захоплюють двома пальцями внутрішньої руки (вказівним і середнім) в області щиколоток або всією кистю. Захоплення ніжки всією кистю є більше вигідним, тому що ніжка при цьому міцно фіксується, а рука акушера не так швидко утомлюється, як при захопленні двома пальцями. При захопленні гомілки всією кистю акушер розташовує витягнутий великий палець уздовж гомілкових м'язів таким чином, щоб він досягав підколінної ямки, а інші чотири пальці обхоплюють гомілку спереду. Гомілка, таким чином, як би знаходиться в шині по всій довжині, що попереджає її перелом.

III етап. Виконується власне поворот, що, здійснюється шляхом низведення ніжки після її захоплення. Зовнішньою рукою одночасно голівка плода переміщується до дна матки. Тракції проводяться в напрямку провідної осі тазу. Поворот вважається закінченим, коли з полові щілини виведена ніжка до колінного суглобу й плід прийняв поздовжнє положення. Після цього, слідом за поворотом, виконується вилучення плода за тазовий кінець.

Техніка операції вилучення плода за ніжку описана у відповідному розділі.

При виконанні акушерського повороту може виникнути ряд труднощів та ускладнень:

1. Ригідність м'яких тканин родового каналу, спазм маткового зіву, які усуваються застосуванням адекватного наркозу, спазмолітиків, епізіотомії.
2. Випадіння ручки, виведення ручки замість ніжки. У цих випадках вправлення ручки є помилковим, на ручку надівається петля, за допомогою якої ручка відсувається під час повороту убік голівки.
3. Розрив матки є найнебезпечнішим ускладненням, що може виникнути під час повороту. Врахування протипоказань до виконання операції, обстеження роділлі (визначення висоти стояння контракційного кільця), застосування наркозу є необхідними для профілактики цього грізного ускладнення.
4. Випадіння петлі пуповини після закінчення повороту вимагає обов'язкового наступного вилучення плода за ніжку.
5. Гостра гіпоксія плода, родова травма, інтранатальна загибель плода - часті ускладнення внутрішнього акушерського повороту, які обумовлюють у цілому несприятливий прогноз цієї операції для плода. У зв'язку із чим у сучасному акушерстві класичний зовнішньо-внутрішній поворот виконується рідко.
6. Інфекційні ускладнення, які можуть виникнути в післяпологовому періоді, також погіршують прогноз внутрішнього акушерського повороту.

У випадку запущеного поперечного положення мертвого плода пологи закінчуються за допомогою плідоруйнівної операції - декапітації. Після класичного повороту плода на ніжку або після плідоруйнівної операції слід провести ручне обстеження цілості стінок матки.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий — мотивація теми. Контроль вихідного рівня знань шляхом опитування студентів чи розв'язування задач.

Б. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться в навчальній кімнаті, оснащеній акушерськими фантомами, ляльками, тазами. Для роботи в палаті патології вагітних, пологовому залі

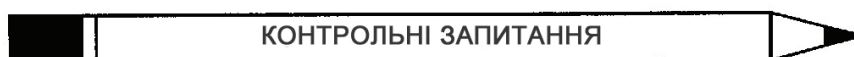
рекомендується розподілити студентів на групи по 2—3 особи, які будуть працювати під безпосереднім керівництвом викладача. Спочатку слід відпрацювати прийоми визначення положення, виду, позиції плода та етапи операції на фантомі. На занятті по темі за відсутності вагітних з неправильним положенням плода слід надати студентам виписки з історій пологів для розробки плану проведення вагітності і пологів.

В. *Заключний етап* — контроль засвоєння матеріалу кожним студентом шляхом розв'язання ситуаційних задач та тестових завдань. Відповіді на запитання, оголошення оцінки роботи кожного студента.

VI. Методичне забезпечення заняття

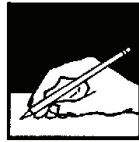
Місце проведення заняття. Практичне заняття може проводитись в навчальній кімнаті, палаті патології вагітних, пологовому блоці.

Оснащення; акушерські фантоми, ляльки, тази, слайди, відеоплівки, виписки з історій пологів.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що означає поняття «неправильне положення плода»?
2. Які причини виникнення неправильних положень плода?
3. Які методи діагностики неправильних положень плода при зовнішньому обстеженні вагітної?
4. Які методи діагностики неправильних положень плода при внутрішньому обстеженні вагітної?
5. Які апаратні методи діагностики неправильного положення плода?
6. Які особливості перебігу і можливі ускладнення вагітності при неправильному положенні плода?
7. Яка тактика ведення вагітності при неправильному положенні плода?
8. Які методи корегування неправильних положень плода під час вагітності?
9. Які протипоказання до зовнішнього профілактичного повороту плода?
10. Які умови та техніка профілактичного повороту плода?
11. Які особливості перебігу і можливі ускладнення пологів при неправильному положенні плода.
12. Яка тактика ведення пологів при неправильному положенні плода?
13. Які показання та протипоказання до операції кесаревого розтину при неправильному положенні плода?
14. Які показання та умови для класичного (зовнішньо-внутрішнього) повороту плода на ніжку?
15. Яка техніка класичного повороту плода на ніжку?
16. Які ускладнення можливі при виконанні класичного акушерського повороту плода на ніжку?
17. Що означає поняття "запущене поперечне положення плода"?
18. Який спосіб розродження при "запущеному поперечному положенні плода"?



Завдання для самостійної роботи на основна мі етапі заняття

1. Встановити діагноз положення плода методом зовнішнього дослідження прийомами Леопольда.
2. Встановити діагноз неправильного положення плода методом внутрішнього дослідження (на фантомі).
3. Оцінити результати УЗ дослідження для уточнення положення плода.
4. Скласти план ведення вагітності при неправильному положенні плода в різних ситуаціях (на підставі аналізу історій вагітності).
5. Скласти план ведення пологів при неправильному положенні плода (на підставі аналізу історій пологів).
6. Виконати операцію зовнішнього повороту плода в терміни вагітності 38 тижнів (на фантомі).
7. Виконати операцію класичного зовнішньо-внутрішнього повороту плода на ніжку (на фантомі).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 32 років поступила в акушерське відділення в термін 37—38 тижнів, двійня. Вагітність перша, перебіг без ускладнень. Розміри тазу нормальні. Перейми через 3—4 хвилини по 35—40 секунд, продовжувалися 9 годин. За біомеханізмом пологів при потиличному передлежанні, иереднього виду народився живий доношений хлопчик, за Апар – 8 балів. При зовнішньому обстеженні: в порожнині матки другий плід, положення його поперечне, справа в порожнині матки визначається голівка, зліва — тазовий кінець. Серцебиття плода 140 уд/хв. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 10 см, плідний міхур цілий, напружений, передлегла частина не визначається, мис не досягається.



Який діагноз? Яка тактика проведення пологів?



II період пологів двійнею. Поперечне положення другого плода. Амніотомія. Зовнішньо-внутрішній поворот плода на ніжку, вилучання плода за ніжку.

2. Вагітна 30 років перебуває у відділенні патології вагітних з діагнозом вагітність 40 тижнів, поперечне положення плода. Вагітність друга, перша вагітність закінчилася штучним перериванням. Через годину після початку регулярної пологової діяльності відійшли навколоплідні води у великій кількості, світлі. Розміри таза нормальні, окружність живота 108 см, висота дна матки — 35 см. Положення плода поперечне, голівка зліва. Серцебиття плода 138 уд/хв. При вагінальному дослідженні: шийка матки вкорочена, відкриття 3—4 см, передлегла частина не визначається. Мис не досягається.



Який діагноз? Яка тактика розродження в даному випадку?



Вагітність 40 тижнів, поперечне положення плода, I період пологів, раннє відходження навколоплідних вод. Кесарів розтин

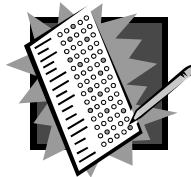
3. Вагітна 35 років. Другі пологи. Доставлена в ЦРЛ з регулярною пологовою діяльністю. Жіночу консультацію не відвідувала. Води відійшли 10 годин тому, пологова діяльність почалась через 6 годин після вилиття вод. Очікувана дата пологів, на думку вагітної, через три тижні. Перейми через 3-4 хвилини по 40 секунд. При обстеженні: обвід живота 100 см, висота дна матки 30 см. Передлегла частина не визначається. Положення плода поперечне, голівка зліва. Серцебиття плода не вислуховується. При вагінальному дослідженні: шийка матки відкрита на 10 см, плідний міхур відсутній, в вагіні пальпується синюшна ручка плода.



Який діагноз? Який метод розродження треба застосувати в даному випадку?



Вагітність 37-38 тижнів, I період пологів, запущене поперечне положення плода, передчасне відходження навколоплідних вод, внутрішньоутробна загибель плода. Плродоруйнівна операція (декапітація).



Типові тестові завдання для оцінки кінцевого рівня знань

1. У повторнароджуючої, в терміні вагітності 40 тижнів, при огляді - ліворуч від пупка визначається округле утворення - голівка. Біля пупка, зліва вислуховується серцебиття плода до 140/хв.



Про яке положення плода можна думати в цьому випадку?



- A. Поперечне положення плода, I позиція*
- B. Поперечне положення плода, II позиція
- C. Поздовжнє положення плода, головне передлежання
- D. Косе положення плода
- E. Тазове передлежання плода

2. Роділля доставлена в пологове відділення із сильними переймами й ручкою плода, що знаходиться в піхві. Матка болісна в нижньому сегменті. Серцебиття плода 120 уд. за хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, матковий зів відкритий до 10 см.



Яка тактика ведення пологів?



- A. Акушерські щипці
- B. Кесарів розтин*
- C. Акушерський поворот плода на ніжку
- D. Родостимуляція.
- E. Плродоруйнівна операція

Тема 8. ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів (анемії вагітних).
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання.
5. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів.
6. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи, зокрема з цукровим діабетом, захворюваннями щитоподібної залози.
7. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки і жовчного міхура, органів травлення.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночий консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

III. Базові знання

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультція, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обміну, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.

6. Клініка, діагностика і лікування захворювань органів серцево-судинної системи, кровотворення, дихання, ендокринної системи, нирок і сечовивідних шляхів, печінки і жовчного міхура, органів травлення.

IV. Зміст навчального матеріалу

Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією

Вагітних із захворюваннями внутрішніх органів необхідно протягом вагітності госпіталізувати у плановому порядку тричі.

Перша планова госпіталізація проводиться у ранній термін вагітності (до 12 тижнів) для уточнення діагнозу, обстеження, вирішення питання про можливість доношування вагітності (якщо немає умов для вирішення цього питання амбулаторно)..

Друга планова госпіталізація у відділення екстрагенітальної патології (ЕГП) проводиться з метою обстеження, комплексного лікування та профілактики ускладнень у «критичні» для кожного захворювання періоди:

- у разі серцево-судинної патології та захворювань органів дихання у 28-32 тижні вагітності (період максимального гемодинамічного навантаження та найтяжчих умов для функції зовнішнього дихання і легеневого кровообігу);
- у разі гіпертонічної хвороби – у 22-26 тижнів (період частого розвитку прееклампсії, гіпертонічних кризів, розвитку плацентарної недостатності);
- у разі захворювань печінки і нирок - в 22-26 тижнів (період максимального навантаження на ці органи, приєднання пізнього гестозу)
- у разі цукрового діабету та інших ендокринних захворювань – у 20-24 тижні (період частого розвитку декомпенсації і необхідності корекції дози інсуліну або інших гормональних препаратів).

Третя планова госпіталізація виконується у відділення ЕГП в 37-38 тижнів для підготовки до пологів та розродження, у разі цукрового діабету – на 33-34 тижні вагітності. План ведення пологів вирішується колективом лікарів за участю відповідного спеціаліста (терапевта, ендокринолога, нефролога тощо).

Екстрена госпіталізація у відділення ЕГП вагітних проводиться у разі погіршення стану здоров'я матері та плода.

Огляд терапевтом повинен проводитись до 28 тижнів вагітності не рідше одного разу на місяць. За умов захворювань органів серцево-судинної системи, цукрового діабету та іншої важкої патології – не рідше одного разу на 2 тижні, а після 28 тижнів – не рідше одного разу на тиждень.

ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЦЯ І ВАГІТНІСТЬ

У вагітних можуть зустрічатися будь-які хвороби серця, розповсюдженість органічних хвороб серця вагітних становить 10-20 на 1000. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності (серцева недостатність, аритмії). Іноді хвороба, що раніше перебігала приховано, вперше клінічно проявляється і діагностується при вагітності.

Найчастіше у вагітних трапляються такі захворювання серцево-судинної системи:

- ревматизм і ревматичні (набуті) вади серця
- уроджені вади серця
- кардіоміопатії
- інфекційний ендокардит
- опероване серце

Ревматизм

Ревматизм - системне захворювання сполучної тканини з поразкою серцевої системи, викликається β -гемолітичним стрептококом групи А. У патогенезі захворювання мають значення алергійні та імунологічні фактори. З урахуванням

клінічних проявів і лабораторних даних розрізняють активну та неактивну фази і 3 ступені активності процесу: 1-мінімальна, 2-середня і 3- максимальний ступінь.

Клініка та діагностика

Мають значення труднощі діагностики активності ревматизму під час вагітності, тому що типові клінічні ознаки (субфебрилітет, задишка при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність, тахікардія, аритмія) і лабораторні дані (лейкоцитоз і прискорення ШОЕ) можуть бути і при фізіологічному перебігу вагітності. І в той же час ревматизм під час вагітності може перебігати під маскою анемії та порушення кровообігу. Тому в діагностиці ревматизму під час вагітності мають значення анамнез (ревматизм в анамнезі в минулому), наявність факторів, що сприяють рецидиву (переохолодження, інфекція лор-органів, перевтома та ін.), ЕКГ – ознаки (у кожної другої жінки синусова тахікардія або брадикардія, порушення передсердно-шлуночкової провідності, атріовентрикулярна блокада, екстрасистоли), миготлива аритмія і порушення коронарного кровотоку, певну діагностичну цінність мають цитологічний та імунофлюоресцентний методи. Особливість ревмокардиту у вагітних - латентний, хвилеподібний перебіг. Критичні періоди загострення - 14 тижнів вагітності, період між 20 та 32 тижнями і післяпологовий період. Характерним для цього строку в клініці загострення ревматизму є недостатність кровообігу.

Набуті ревматичні вади серця

Придбані ревматичні вади серця становлять 75-90 % всіх поразок серця у вагітних. Для прогнозування виходів вагітності і пологів при придбаних вадах мають значення активність ревматичного процесу, форма та стадія розвитку вади, компенсація або декомпенсація кровообігу, ступінь легеневої гіпертензії, порушення серцевого ритму, приєднання акушерської патології. Із всіх форм ревматичних вад серця найчастіше спостерігаються мітральні вади у вигляді сполучення недостатності та стенозу лівого атріовентрикулярного отвору, тобто у вигляді комбінованої мітральної вади, або мітральної хвороби. Однак у клінічній картині захворювання звичайно переважають ознаки або мітрального стенозу, або недостатності клапану. Аортальні вади зустрічаються значно рідше, ніж мітральні і переважно сполучаються із іншими вадами. Найчастіше виявляється перевага недостатності аортального клапана і рідше стеноз. Прогноз при аортальному стенозі більш сприятливий, ніж при недостатності аортального клапану.

Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз).

Приблизно в 85 % вагітних з мітральним стенозом відзначаються ознаки серцевої недостатності, у зв'язку з перенаповненням малого кола кровообігу. Найчастіше вони з'являються або починають наростати з 12-20-й тижня вагітності. Відновлення гемодинаміки у породіль починається лише через 2 тижні після пологів. Клінічними проявами вираженого мітрального стенозу є серцева недостатність, тахікардія, тахіпное, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки, є небезпека розвитку набряку легенів.

Недостатність лівого передсердно-шлуночкового клапану (мітральна недостатність). Вагітність і пологи при цій патології перебігають без істотних ускладнень. При надмірно вираженій мітральній недостатності із значною регургітацією крові та різким збільшенням лівого шлуночка вагітність перебігає важко і може ускладнюватися розвитком гострої лівошлуночкової недостатності.

Стеноз устя аорти (аортальний стеноз). Вагітність і пологи можна допустити лише під час відсутності виражених ознак гіпертрофії лівого шлуночка і симптомів недостатності кровообігу, оскільки компенсація вади відбувається за рахунок гіпертрофії м'яза лівого шлуночка та потовщення його стінки. У випадку важкого перебігу аортального стенозу, коли необхідна хірургічна корекція вади (заміна ураженого клапана протезом), питання про можливість виношування вагітності вирішують після операції.

Недостатність клапана аорти (аортальна недостатність). У порівнянні з аортальним стенозом аортальна недостатність є менш важкою вадою, тому що при ній тривалий час зберігається компенсація кровообігу. Однак у зв'язку зі змінами гемодинаміки внаслідок вагітності і частим приєднанням прееклампсії перебіг аортальної недостатності може бути більш важким.

Вроджені вади серця

Існує 50 різних форм вроджених аномалій розвитку серцево-судинної системи, з них близько 15-20 форм - це вади, з якими хворі доживають до репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються три групи вадів:

- зі скиданням крові зліва направо «білі» вади (дефект міжпередсердної перегородки, відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перегородки);
- зі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією, «сині» вади (тетрада Фалло, транспозиція магістральних судин, синдром гіпоплазії лівого серця);
- з перешкодою кровотоку (стеноз легеневої артерії, стеноз устя аорти, коарктація аорти).

Вагітність припустима при оперованій відкритій артеріальній протоці; ізольованому стенозі легеневої артерії з невеликим звуженням, що перебігає без значного навантаження на праві відділи серця; коарктації аорти I ступеня (при стабілізації АТ в межах 160/90 мм рт.ст.); низько розташованому дефекті (у м'язовому відділі) міжшлуночкової перегородки і невеликому ізольованому дефекті міжпередсердної перегородки. Вагітність і пологи несуть великий ризик при вадах з минушим ціанозом, при значному стенозі легеневої артерії, великому дефекті міжсерцевої перегородки, коарктації аорти II-III ступеня (АТ вище 160/100 мм рт.ст.), з вадами "синього" типу.

Своєчасне (у дитинстві) хірургічне лікування вроджених вад серця є найбільш ефективним методом лікування і профілактики ускладнень Жінки, які перенесли операцію корекції уродженої вади серця звичайно виношують вагітність і пологи без особливостей.

Кардіоміопатії

Розрізняють гіпертрофічну та ділятаційну кардіоміопатії. При гіпертрофічній кардіоміопатії характерним є гіпертрофія міокарду лівого шлуночка з виникненням його обструкції під час систоли. Під час вагітності стан хворої не погіршується, завдяки тому, що зниження периферичного судинного опору у вагітних компенсується підвищенням ОЦК. Ділятаційна кардіоміопатія супроводжується розширенням порожнин серця, систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночка та схильністю до тромбоемболії. При вагітності підвищується ризик зростання тяжкості серцевої недостатності, виникнення тромботичних ускладнень.

Вагітність та опероване серце

Прогноз вагітності і пологів у жінок, що перенесли операцію на серці залежить від виду операції, її ефективності і тривалості, строку після зробленої операції. У цей час найчастіше зустрічаються вагітні після мітральної комісуротомії, протезування клапанів або корекції вроджених вадів.

Після мітральної комісуротомії, вагітність можна дозволити лише при гарних результатах операції не раніше чим через 6-12 місяців після неї, найбільш сприятливими є строки 2-5 років після операції.

Протипоказаннями до вагітності є бактеріальний ендокардит, загострення ревматичного процесу, неадекватне розширення передсердно-шлуночкового отвору, травматична недостатність мітрального клапану. Після неадекватної мітральної

комісуротомії або при розвиненому рестенозі необхідно або переривати вагітність, або виконати повторну операцію на серці під час вагітності.

У випадку гарних результатів операції протезування клапанів серця після заміни одного клапана протезом сучасної конструкції з антитромботичним покриттям або біологічним трансплантатом з гарним результатом операції (нормалізація серцевого ритму, виражений гемодинамічний ефект) кардіохірурги дозволяють виношування вагітності. Цим хворим вагітність краще дозволяти через рік після хірургічної корекції, коли організм адаптується до нових умов гемодинаміки і відновиться працездатність.

Після багатоклапанного протезування вагітність варто вважати неприпустимою не тільки при задовільних, але і при гарних результатах операції.

До специфічних ускладнень, що виникають у вагітних з оперованим серцем, відносять системні артеріальні тромбоемболії (найчастіше судин головного мозку, у системі ниркових артерій) і тромбози протеза клапанів.

Оцінка ступеня ризику вагітності при захворюваннях серця дозволяє визначити прогноз перебігу та наслідку вагітності для матері, вирішити основні питання тактики ведення хворої. Кардіологічна патологія, залежно від характеру та ступеня структурного ураження серця, стану легеневої та системної гемодинаміки, наявності гіпоксемії, порушень серцевого ритму, коронарного кровотоку та низки інших клінічних чинників, може визначати чотири ступені ризику. При ризику 1-2 ступеня (серцева недостатність 1 стадії або клінічно відсутня, активність ревматизму 0-I ступеня, гіпертрофії та дилатації серця немає або вона початкова) вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. При 3-4 ступені ризику (серцева недостатність ПА, ПБ чи III стадії, активність ревматизму II-IP ступеня, гемодинамічно значущі порушення ритму, значна гіпертрофія, перевантаження та велика дилатація відділів серця, легенева гіпертензія крайнього ступеня, ціаноз, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка, коронарна патологія із синдромом стенокардії чи без нього, аневризми аорти, інфекційний ендокардит) перебіг вагітності супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями, вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. Висока імовірність материнської смерті при 4 ступені ризику обумовлює необхідність переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни.

Згідно чинного законодавства вади мітрального, аортального та тристулкового клапанів IV-V стадії, уроджені вади серця при неможливості хірургічної корекції та неефективності терапії, хронічна ішемічна хвороба серця, первинна легенева гіпертензія, тяжкі форми ділатаційної та обструктивної гіпертрофічної кардіоміопатії, серцева недостатність III-Б-III ст незалежно від основного діагнозу є медичними підставами для переривання вагітності до 22 тижнів.

Обстеження кардіологічної хворої під час вагітності включає ретельне вивчення скарг і анамнезу хвороби, ЕКГ у 6 стандартних та 6 грудних відведеннях, трансторакальну двомірну ехокардіографію. За спеціальними показаннями згідно з рекомендаціями кардіолога можуть також бути проведені холтеровське моніторування ЕКГ, трансезофагальна ехокардіографія, доплерехокардіографія; рентгенографія органів грудної клітки (обов'язково з екрануванням черевної порожнини, бажано після 12 тижнів), черезшкірна оксиметрія.

Тактика ведення вагітності та пологів вагітних із захворюваннями серця вирішується від встановленого ступеня ризику. При ризику 1-2 ступеня планову госпіталізацію проводять у 28-32 тижні, пологи ведуть згідно з акушерською ситуацією під спостереженням терапевта. У разі кардіологічних ускладнень - укорочення II періоду, лактація не протипоказана, виписка із стаціонару здійснюється від 3-5 до 6-7 доби.

При ризику 3-4 ступеня планову госпіталізацію проводять у I триместрі, в 28-32 тижні та 36 тижнів вагітності до спеціалізованого стаціонару під спостереження кардіолога та кардіохірурга. Пологи ведуть з обов'язковим укороченням II періоду за

допомогою акушерських щипців або вакуум-екстракції. Такі хворі нерідко потребують планової індукції родів, термін розродження визначають індивідуально залежно від характеру патології та наявності ускладнень у матері і стану плода. Показаннями до дострокового розродження є прогресування хронічної серцевої недостатності за неефективності медикаментозної терапії, прогресування коронарної патології, розшарування аорти, приєднання прееклампсії, наявність ціанозу (вроджені вади серця синього типу); легенева гіпертензія крайнього ступеня (синдром Ейзенменгера), затримка росту плода, незалежно від характеру основного захворювання. Упродовж усього родового акту у хворих високого ризику проводять моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, ЕКГ; мобілізують периферичну вену. Оптимальний спосіб знеболення родової діяльності у кардіологічних хворих - епідуральна анестезія.

Кардіологічними показаннями до планового кесаревого розтину є аневризма аорти, коарктація аорти, значна систолічна дисфункція лівого шлуночка. Рішення щодо планового розродження абдомінальним шляхом приймають також у випадках відсутності умов до вкорочення потуг (сідничне передлежання, вузький таз, ін.) у хворих 3 та 4 ступенів ризику, а також за необхідності дострокового розродження у разі недостатньої зрілості шийки матки.

Лікування

Під час вагітності та родів у кардіологічних хворих може виникнути необхідність медикаментозного та хірургічного лікування. Медикаментозне лікування проводять за суворими показаннями посиндромно. Показання до призначення та склад лікарських засобів визначає кардіолог. Серед суто кардіологічних препаратів вагітним протипоказані: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II, непрямі антикоагулянти - антагоністи вітаміну К та аміодарон.

За систолічного варіанту СН використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори. Серед сечогінних засобів перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота), але у разі помірних циркуляторних порушень достатній ефект може бути досягнутий тіазидними препаратами (гідрохлортіазид, хлорталідон). Калійзберігаючі діуретики (спіронолактон, тріамтерен) протипоказані. Найчастіше у вагітних застосовують метопрололу сукцинат та бісопролол. У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівосерцевої недостатності на короткий термін (до 10-12 днів) можна призначати венулярні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат, молсидомін (звичайна та ретардна форми).

Лікування діастолічного варіанту хронічної СН передбачає у першу чергу призначення бета-блокаторів. З обережністю застосовують сечогінні та периферичні вазодилататори (можливість зменшення серцевого викиду), не використовують дигоксин. За необхідності можуть бути призначені антагоністи кальцію.

Лікування гострої серцевої недостатності (набряку легенів) передбачає проведення екстрених терапевтичних заходів у певній послідовності, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час родів. Хворій надають положення сидячи, проводять інгаляцію зволоженого 100% кисню, призначають нітрогліцерин, фуросемід, морфін. За умови зниженого АТ призначають іноotropні засоби групи симпатоміметиків (допамін, добутамін), еуфілін (2,4% - 40-80 мг) внутрішньовенно. Збереження явної гіпоксемії попри проведену терапію є показанням до інтубації трахеї і здійснення штучної вентиляції легенів. Набряк легенів, рефрактерний до медикаментозного лікування, у хворої з мітральним стенозом є показанням до негайної мітральної комісуротомії.

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА І ВАГІТНІСТЬ

Гіпертонічна хвороба спостерігається у 4-5 % вагітних. Про наявність артеріальної гіпертензії свідчить артеріальний тиск, що перевищує 140/90 мм рт.ст. Перебіг гіпертонічної хвороби у вагітних може бути різним. В I триместрі в 1/3 хворих артеріальний тиск знижується і створюється враження відносного благополуччя. Надалі у більшості вагітних він стійко підвищується.

У більшості вагітних гіпертонічна хвороба розвивається до вагітності, але може вперше виявитися під час її. Артеріальна гіпертензія – підвищення систолічного артеріального тиску до 140 мм рт. ст. чи вище та/або діастолічного артеріального тиску до 90 мм рт. ст. чи вище при двох вимірюваннях у стані спокою з інтервалом не менше 4 годин або підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт. ст. одноразово.

Серед гіпертензивних розладів у вагітних розрізняють хронічну гіпертензію і гіпертензію, що спостерігалася до вагітності або виявлена до 20 тижнів вагітності та гестаційну гіпертензію - це гіпертензія, що виникла після 20 тижнів вагітності і не супроводжується протеїнурією аж до пологів.

Гіпертензію, пов'язану з вагітністю, діагностують та оцінюють за ступенем тяжкості на підставі діастолічного тиску, який більше характеризує периферичний судинний опір і залежно від емоційного стану жінки менше змінюється, ніж систолічний.

Для визначення об'єму лікування та як мету антигіпертензивної терапії (цільовий рівень АТ) також використовують діастолічний тиск.

Діагностику хронічної гіпертензії під час вагітності проводять на підставі:

- анамнестичних даних щодо підвищення АТ 140/90 мм рт.ст. до вагітності;
- визначення АТ 140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 годин чи 160/110 мм рт.ст. одноразово в термін до 20 тижнів вагітності.

Вагітні з хронічною гіпертензією складають групу ризику щодо розвитку прееклампсії, передчасного відшарування плаценти, плацентарної недостатності, затримки росту плода та інших материнських та перинатальних ускладнень (гіпертензивна енцефалопатія, порушення мозкового кровообігу, масивні коагулопатичні кровотечі у післяпологовому періоді).

Питання щодо можливості виношування вагітності вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про попередній перебіг основного захворювання.

Протипоказаннями до виношування вагітності (до 12 тижнів) є тяжка артеріальна гіпертензія (гіпертензія 3 ступеня за ВООЗ) - АТ180/110 мм рт.ст.; спричинені артеріальною гіпертензією тяжкі ураження органів-мішеней: серця (перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність), мозку (перенесений інсульт, транзиторні ішемічні напади, гіпертензивна енцефалопатія); сітківки ока (геморагії та ексудати, набряк диска зорового нерва); нирок (ниркова недостатність); судин (розширююча аневризма аорти); злоякісний перебіг гіпертензії (діастолічний АТ>130 мм рт. ст., зміни очного дна за типом нейроретинопатії).

Показання до переривання вагітності в пізній термін: злоякісний перебіг артеріальної гіпертензії, розширююча аневризма аорти, гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу (тільки після стабілізації стану хворої), раннє приєднання прееклампсії, яка не піддається інтенсивній терапії. *Способом переривання вагітності в пізній термін за переліченими вище показаннями є абдомінальний кесарів розтин.*

Головною метою медичної допомоги вагітним із хронічною гіпертензією є попередження виникнення поєднаної прееклампсії або якомога раннє встановлення цього діагнозу. Ознаками приєднання прееклампсії є поява протеїнурії 0,3 г/доб, прогресування гіпертензії та зниження ефективності попередньої антигіпертензивної терапії, поява генералізованих набряків, поява загрозливих симптомів (сильний стійкий біль голови, порушення зору, біль у правому підребер'ї або/та епігастральній ділянці живота, гіперрефлексія, олігурія).

Моніторинг стану вагітної з гіпертензією повинний обов'язково включати: огляд у жіночій консультації з вимірюванням АТ у першій половині вагітності 1 раз на 3 тижні, з 20 до 28 тижнів - 1 раз на 2 тижні, після 28 тижнів – щотижня; огляд окуліста з офтальмоскопією при першому відвідуванні жіночої консультації, в 28 та 36 тижнів вагітності (у разі необхідності огляд очного дна може проводитися частіше та в інші терміни); ЕКГ при першому відвідуванні жіночої консультації, в 26-30 тижнів та після 36 тижнів вагітності; біохімічне дослідження крові при першому відвідуванні жіночої консультації та після 36 тижнів вагітності. В подальшому визначають концентрацію білірубину та активність АЛТ і АСТ.

Показання до госпіталізації: приєднання прееклампсії, неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз; поява або прогресування змін на очному дні; порушення мозкового кровообігу; коронарна патологія; серцева недостатність; порушення функції нирок; затримка росту плода; загроза передчасних пологів. Госпіталізація хворих здійснюється до акушерських стаціонарів II та III рівня в термінах вагітності до 22 тижнів. За умови відсутності акушерських ускладнень вагітна може бути госпіталізована до кардіологічного (терапевтичного) відділення.

Лікування

Вагітним з м'якою чи помірною первинною артеріальною гіпертензією (АГ), які до вагітності отримували постійну антигіпертензивну терапію, медикаментозне лікування після встановлення діагнозу вагітності відмінюють. У подальшому за вагітною ретельно спостерігають та інформують її про необхідність щоденного самоконтролю АТ у домашніх умовах. Не виключається можливість повернення до постійної антигіпертензивної терапії препаратами, припустимими до застосування під час вагітності

Хворим з тяжкою АГ, вазоренальною АГ, синдромом Кушінга, вузликовим периартеріїтом, системною склеродермією, цукровим діабетом, з тяжкими ураженнями органів-мішеней продовжують постійну антигіпертензивну терапію під час вагітності. Якщо до вагітності лікування проводилося інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту або блокатором рецепторів ангіотензину II, або сечогінним засобом, хвору переводять на інший (інші) препарат, застосування якого (яких) безпечно для плода. Показанням до призначення постійної антигіпертензивної терапії під час вагітності хворій з хронічною АГ є діастолічний тиск вище 100 мм рт.ст.

Якщо хронічна АГ характеризується підвищенням переважно систолічного АТ (ізольована систолічна; атеросклеротична; гемодинамічна, спричинена недостатністю аортального клапана або відкритою артеріальною протокою), показанням до антигіпертензивної терапії є його рівень 150 мм рт. ст. Мета антигіпертензивної терапії під час вагітності – стійке підтримання діастолічного АТ 80–90 мм рт. ст. У вагітних з гіпертензією, яка характеризується переважним підвищенням систолічного АТ метою лікування є стабілізація останнього на рівні 120–140 мм рт. ст. (не нижче 110!).

Немедикаментозні засоби лікування вагітних з хронічною АГ включають охоронний режим (виключення значних психологічних навантажень, підтримка родини, раціональний режим праці та відпочинку, двогодинний відпочинок у положенні лежачи, бажано на лівому боці, після 30 тижнів), раціональне харчування (добовий калораж до 20 тижнів 2500-2800, після 20 тижнів - 2900-3500 ккал, підвищений вміст білка та поліненасичених жирних кислот, обмеження тваринних жирів, холестерину, продуктів, що викликають спрагу), психотерапію, лікувальну фізкультуру.

Медикаментозне лікування включає призначення метилдофа (є препаратом вибору антигіпертензивної терапії під час вагітності через доведену безпечність для плода, у т.ч. і в I триместрі), лабетолол, ніфедіпін, бета-адреноблокатори, клонідин, нітропрусид натрію (використовують лише для швидкого зниження АТ у загрозованих випадках і за умови неефективності інших засобів), сульфат магнію (застосовують при розвитку прееклампсії або еклампсії), діуретики (переважно тіазидні) особливо у хворих

з АГ і серцевою недостатністю або нирковою патологією. *Вагітним категорично протипоказані інгібітори ангіотензин перетворювального ферменту.*

Профілактика ускладнень

Профілактикою розвитку прееклампсії є призначення ацетилсаліцилової кислоти 60-100 мг/доб, починаючи з 20 тижнів вагітності, препаратів кальцію 2 г/доб (у перерахунку на елементарний кальцій), починаючи з 16 тижнів вагітності, включення до раціону харчування морських продуктів із високим вмістом поліненасичених жирних кислот.

Тактика ведення вагітності та пологів

Вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів та розродження проводять через природні пологові шляхи, якщо не розвинулася прееклампсія і гіпертензія є контрольованою. Під час пологів забезпечують суворий контроль АТ та серцевої діяльності роділлі, моніторинг стану плода. Медикаментозну антигіпертензивну терапію починають, якщо АТ 160/110 мм рт.ст. (причому бажано не знижувати АТ менше 130/90 мм рт.ст). Ефективною профілактикою прогресування гіпертензії є знеболення пологової діяльності в I та II періодах пологів, метод вибору знеболення - епідуральна анестезія, застосовують також ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, фентаніл. Третій період пологів ведуть активно.

Кесарів розтин у плановому порядку виконують при неконтрольованій тяжкій гіпертензії; ураженні органів-мішеней; затримці росту плода тяжкого ступеня. У разі приєднання прееклампсії обирають тактику відповідно до її тяжкості.

У післяпологовому періоді забезпечують ретельний нагляд терапевта (кардіолога), щоденний контроль АТ, огляд очного дна, визначення протеїнурії, дослідження крові на креатинін. Продовжують попереднє антигіпертензивне лікування.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ І ВАГІТНІСТЬ

Про артеріальну гіпотензію у вагітних говорять при зниженні артеріального тиску нижче 100/60 мм рт.ст. Артеріальна гіпотензія буває первинна і симптоматична, може виникати під час вагітності (звичайно в перші місяці) або передувати їй.

Залежно від перебігу виділяють три стадії артеріальної гіпотензії: компенсовану, субкомпенсовану, декомпенсовану з явищами гіпотонічних кризів, непритомностями та акроціанозом.

Клінічна картина

При артеріальній гіпотензії вагітні пред'являють скарги на головний біль, запаморочення, слабкість, серцебиття, біль та інші неприємні відчуття в ділянці серця, ослаблення пам'яті, зниження працездатності, дратівливість, емоційну нестійкість, схильність до зниженого настрою.

До явищ гіпотензії схильні частіше жінки астеничної статури. Пульс лабільний, слабого наповнення та напруги, нерідко відзначаються брадикардія, збільшення лівого шлуночка серця, систолічний шум на верхівці.

Гіпотонічні кризи перебігають як колаптоїдний стан, що триває кілька хвилин. Під час кризи артеріальний тиск знижується до 80/50 мм рт.ст. і нижче. Відзначаються посилення головного болю, запаморочення, різка слабкість, почуття закладання у вухах, може виникнути блювота, шкіра і слизуваті оболонки бліднуть, виступає холодний піт.

При артеріальній гіпотензії перебіг вагітності ускладнюється нудотою та блюванням вагітних, прееклампсією (артеріальний тиск може не перевищувати нормальних цифр 120/80 мм рт.ст., однак він буде на 30 мм рт.ст. вище вихідного), загрозою переривання вагітності та передчасних пологів. У пологах спостерігається слабкість пологової діяльності, дистрес плода, кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періодах.

Лікування

При лікуванні артеріальної гіпотензії важливе значення надають дотриманню режиму праці та відпочинку, лікувальній фізкультурі, повноцінному, різноманітному харчуванню із вмістом у їжі вітамінів і білкових продуктів. Основним у лікуванні артеріальної гіпотензії є використання загальнозміцнювальних і тонізуючих препаратів, комплексу вітамінів, а також засобів, що мають збудливу дію на ЦНС: настойки женьшеню, китайського лимоннику, елеутерококу по 20 крапель 2-3 рази на добу за 20 хв до їжі. Зазначене лікування проводять амбулаторно трьома курсами по 10-15 днів.

ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ТА ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Варикозна хвороба нижніх кінцівок

Варикозна хвороба нижніх кінцівок зустрічається у 20-40 % вагітних.. Варикозна хвороба розвивається при стійкому розширенні та подовженні вен внаслідок патологічних змін їхніх стінок і клапанного апарату, пов'язаного із спадкоємними порушеннями еластичності венозної стінки, що реалізуються через гормональні впливи прогестерону на тлі венозної гіпертензії, що виникає через здавлення венозних судин малого таза вагітною маткою.

Клініка

Клінічна картина залежить від локалізації, форми і стадії захворювання. Найчастіше зустрічається варикозна хвороба підшкірних вен нижніх кінцівок, а також зовнішніх статевих органів, піхви, прямої кишки, органів малого тазу, шкіри живота, молочних залоз, сідниць. Розрізняють дві форми варикозної хвороби: неускладнену та ускладнену (кровотечею, тромбофлебітом підшкірних вен, гострим тромбозом глибоких вен, алергійним дерматитом, екземою, лікарською алергією, запаленням, варикозною виразкою). Скарги на біль, стомлюваність при ходьбі, набряки. При розширенні вен в ділянці статевих губ, піхви виникають болі та відчуття розпирання в ділянці статевих органів.

Діагностика

Діагностика звичайно нескладна та ґрунтується на даних анамнезу і клінічній картині, флебографії, гемодинамічних функціональних проб. Комплексне ультразвукове дослідження, що включає ангіосканування та доплерографію, дозволяє уточнити характер захворювання.

Лікування

Лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у вагітних як правило консервативне. Тактику та об'єм лікування визначають сумісно із судинним хірургом. Звичайно рекомендують періодично приймати горизонтальне положення з піднятими нижніми кінцівками та підтримування еластичної компресії (еластичні бинти, панчохи або колготки). Вагітним рекомендують лікувальну фізкультуру і самомасаж у сполученні із правильним режимом праці та відпочинку. Для підвищення тону судин призначають ескузан (12-15 крапель 3 рази на день), троксевазин (0,3 г 2-3 рази на день), детралекс (1-2 таблетки на день), при наявності ознак гіперкоагуляції -- антикоагулянти

При вираженому розширенні вен, що супроводжується недостатністю клапанів підшкірних або комунікантних вен, варто порушувати питання про хірургічне лікування.

Ведення вагітності та пологів

Варикозна хвороба нижніх кінцівок не є протипоказанням до пролонгування вагітності.

Перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи.

Пологи у вагітних з варикозною хворобою нерідко ускладнюються передчасним вилиттям навколоплідних від, слабкістю пологової діяльності, передчасним відшаруванням плаценти, кровотечею у послідовому і ранньому післяпологовому періодах. Обов'язковим заходом є еластичне бинтування обох ніг для попередження рефлюкса крові в них під час потуг.

У післяпологовому періоді породіллям рекомендують лікувальну фізкультуру, обов'язкову еластичну компресію обох ніг. У випадках оперативного пологорозрішення при наявності вираженої гіперкоагуляції призначають дезагрегантну терапію. При вираженій варикозній хворобі породіллю повинен оглянути хірург для рішення питання про подальше лікування.

Тромбофлебіти, тромбози вен

Утруднення венозного відтоку з нижніх кінцівок при вагітності обумовлене тиском збільшеної матки на клубові судини, збільшенням відтоку крові від матки, що призводить до перенаповнення клубових вен, порушення відтоку крові з нижніх кінцівок. Зниження тонуусу венозної стінки, внутрішньосудинна активація системи гемостазу, викликана операційними і пологовими травмами, відіграють провідну роль у виникненні тромбозів у вагітних. Тромбоз глибоких вен і тромбоемболія легеневої артерії під час вагітності спостерігаються в 5—6 разів частіше, ніж у невагітних жінок, а після пологів - в 3-6 разів

Тромбофлебіт поверхневих вен

Захворювання характеризується наявністю гіперемії шкіри, болю та ущільнення по ходу вени, локальною гіпертермією. Загальний стан пацієнток задовільний, температура тіла частіше субфебрильна, у багатьох хворих спостерігається сходинкоподібне наростання пульсу (симптом Малера), у крові - незначні зміни або помірний лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ трохи підвищена.

Діагностика тромбофлебіту поверхневих вен звичайно нескладна, труднощі можуть виникнути при висхідній формі захворювання. Визначити проксимальний рівень тромбозу і виключити безсимптомний тромбоз глибоких вен можна на підставі результатів комплексного ультразвукового дослідження судин нижніх кінцівок, що включає ангіосканування та доплерографію.

Лікування проводять сумісно із судинним хірургом. Консервативна терапія включає місцевий і загальний вплив на патологічний процес. Як місцева терапія використовують холод протягом перших 2—3 днів, мазеві апплікації, еластичну компресію нижніх кінцівок й їхнє піднесення під час сну.

Загальна терапія включає призначення наступних ліків: протизапальних та десенсибілізуючих препаратів, дезагрегантів, препаратів, що поліпшують мікроциркуляцію та мають флебодинамічну дію.

Ведення пологів згідно акушерської ситуації з ретельним знеболюванням. Всім породіллям треба проводити еластичне бинтування обох ніг для зменшення венозного застою і попередження рефлюкса крові під час потуг. У післяпологовому періоді повинна бути продовжена еластична компресія обох нижніх кінцівок. Рекомендується лікувальна фізкультура. У всіх породіль необхідно щодня оглядати обидві ноги, пальпувати підшкірні вени, на 3-4-день після пологів доцільно провести комплексне УЗД судин, що включає ангіосканування і доплерографію.

Після виписки із стаціонару всім пацієнткам рекомендують еластичну компресію нижніх кінцівок, обмеження статичних навантажень, а також спостереження у хірурга.

Тромбоз глибоких вен

Ранніми клінічними проявами глибокого венозного тромбозу є болі, що виникають в ікроножних м'язах, у підколінній ямці або на стегні та в паху по ходу судинного пучка. Обертають на себе увагу вегетативні симптоми: частий пульс,

невідповідність частоти пульсу температурній кривій, озноби. Уражена кінцівка збільшується в обсязі, змінюється фарбування шкіри, відзначається локальне підвищення її температури.

Уточнення діагнозу та лікування необхідно проводити разом з хірургом.

Ведення вагітності та пологів. При пологах у хворих, що перенесли тромбоз глибоких вен, потрібно враховувати, з одного боку, ступінь активності тромботичного процесу, пологи можуть бути проведені як через природні пологові шляхи, так і шляхом кесарева розтину, залежно від акушерської ситуації. Оскільки операція викликає набагато більше виражені зміни в системі гемостазу, перевагу варто віддавати веденню пологів через природні пологові шляхи, проводячи дезагрегантну терапію.

У післяпологовому періоді всім породіллям повинні бути продовжені дезагрегантна терапія та еластична компресія нижніх кінцівок, рекомендована лікувальна фізкультура, спостереження у хірурга.

АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Анемія - патологічний стан, що характеризується зменшенням кількості еритроцитів та/або вмісту гемоглобіну в одиниці об'єму крові.

Класифікація

1. За етіологією: анемії, пов'язані з харчуванням (залізодефіцитна, В12 – дефіцитна, фолієводефіцитна, інші, пов'язані з харчуванням), гемолітичні анемії (внаслідок ферментних порушень, таласемія, серпоподібні порушення, інші спадкові гемолітичні анемії, набута гемолітична анемія), апластичні анемії (набута чиста червоноклітинна аплазія - еритробластопенія, інші апластичні анемії), гостра постгеморагічна анемія, анемії при хронічних хворобах

2. За ступенем тяжкості (табл. 1)

Таблиця 1 Класифікація анемії за ступенем тяжкості

Ступінь тяжкості	Концентрація гемоглобіну (г/л)	Гематокрит (%)
Легка	109 - 90	37 - 31
Середня	89 – 70	30 - 24
Тяжка	69 – 40	23 – 13
Дуже тяжка	< 40	< 13

Переважає більшість випадків анемії у вагітних - це залізодефіцитна анемія (90%), половина з них має поєднаний залізо- і фолієводефіцитний генез. Решта видів анемії зустрічається у вагітних відносно рідко.

Анемія легкого та середнього ступеня зазвичай не спричиняє погіршення стану вагітної, а підвищення концентрації гемоглобіну в результаті прийому заліза не веде до суб'єктивного поліпшення самопочуття.

Тяжка анемія (Hb < 70 г/л) дуже негативно впливає на стан матері та плода, призводить до порушення функцій нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, збільшення частоти передчасних пологів, післяродових інфекційно-запальних захворювань, затримки росту плода, асфіксії новонароджених та пологової травми, а тому потребує лікування.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Чинники ризику: недостатнє або неповноцінне харчування, гіперполіменорея, інтервал після попередніх пологів менше 2 років, багатоплідна вагітність, четверо чи більше пологів у минулому, кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези, хвороби з порушенням всмоктування

заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів, хвороби з перерозподілом заліза (системні захворювання сполучної тканини, гнійно-септичні стани, хронічні інфекції, туберкульоз, злоякісні пухлини), паразитарні та глистяні інвазії.

Клінічні прояви - ознаки анемічної гіпоксії (власне анемічний синдром): блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях. Ознаки дефіциту заліза (сидеропенічний синдром): втомлюваність, погіршення пам'яті, спотворення смаку, випадіння та ламкість волосся, ламкість нігтів, "заїди", блакитні склери (зрідка, за тяжкої анемії), сухість шкіри, гіпо- чи антацидність.

Діагностика. Саме лише зниження концентрації гемоглобіну нижче нормального рівня (< 110 г/л) не може вважатися доказом дефіциту заліза в організмі вагітної і бути підставою для призначення лікування. З'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізов'язувальна здатність сироватки, вміст феритину, мікроцити у мазку крові тощо).

Лікування. Тактикою попередження та лікування ЗДА є повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів; виявлення та лікування хвороб, що спричиняють ЗДА; виявлення та, за можливості, усунення чинників ризику ЗДА.

Основою лікування ЗДА є призначення препаратів заліза. Препарати заліза незалежно від ступеня тяжкості анемії, призначати per os. Виключення складають лише випадки, коли внутрішнє вживання залізомістких препаратів є протипоказаним. Серед іонних препаратів перевагу слід віддавати тим, що містять двовалентне залізо, біодоступність якого значно вища, ніж тривалентного. Лікувальна добова доза заліза елементарного при пероральному застосуванні має складати 2 мг/кг маси тіла (у середньому 100-200 мг/доб.). Якщо у пізньому терміні вагітності (>= 37 тижнів) має місце тяжка симптомна анемія, розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів за інформованою згодою вагітної.

ЗДА не впливає на тактику ведення вагітності та пологів.

Фолісводефіцитна анемія

Чинники ризику: гемоліз будь-якого генезу, багатопліддя, постійний прийом протисудомних препаратів, стан після резекції значної частини тонкого кишечника

Діагностика - виявлення макроцитів, анізо-та пойкилоцитозу у мазку крові, встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

Лікування і профілактика. Призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів та додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу жінками у прекоцепційному періоді та у I триместрі вагітності веде до зниження частоти вроджених вад розвитку ЦНС у 3,5 рази.

B12 -дефіцитна анемія

Причина - недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну B12 (це спостерігається після резекції або видалення шлунку, при автоімунному гастриті); порушення процесів всмоктування у клубовій кишці (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, гельмінтози, стан після резекції клубової кишки); недостатність вмісту вітаміну B12 у їжі (відмова від тваринних продуктів).

B12-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

Діагностика базується на визначенні вмісту вітаміну B12 в крові (знижується до 50 пг/мл і нижче) та за наявності в крові гіперхромних макроцитів.

Лікування. Призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

Таласемія

Спадково обумовлена (автосомно-рецесивний тип) кількісна недостатність синтезу альфа- або бета-ланцюга молекули гемоглобіну. В Україні зустрічається надзвичайно рідко. У разі легкої форми альфа-таласемії вагітність перебігає без ускладнень, лікування не проводять. Тяжкі форми вимагають призначення препаратів заліза per os, нерідко трансфузії еритроцитарної маси.

Гемолітичні анемії

Зумовлені посиленням руйнуванням еритроцитів, яке не компенсується активацією еритропоезу. До них відносяться серпоподібноклітинна анемія, що є проявом спадково обумовленої структурної аномалії бета-ланцюга молекули гемоглобіну; спадковий мікросфероцитоз - аномалія структурного білка мембран еритроцитів - спектрину; анемії, обумовлені вродженими ферментативними порушеннями, найчастіше недостатністю глюкозо-6-фосфатдегідрогенази еритроцитів. Вагітні з гемолітичними анеміями в усіх випадках потребують кваліфікованого ведення спеціалістом гематологом. Рішення щодо можливості виношування вагітності, характеру лікування, терміну і способу розродження вирішує гематолог. Призначення препаратів заліза протипоказане.

Апластична анемія

Трапляється у вагітних достатньо рідко, причина у більшості випадків залишається невідомою. Діагноз встановлюють на підставі морфологічного дослідження пунктату кісткового мозку. Вагітність протипоказана і підлягає перериванню як у ранньому, так і у пізньому терміні. У разі розвитку або виявлення апластичної анемії після 22 тижнів вагітності показане дострокове розродження. Хворі складають групу високого ризику щодо геморагічних та септичних ускладнень. Високою є материнська смертність, дуже часті випадки антенатальної загибелі плода.

ВАГІТНІСТЬ І ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Захворювання органів дихання зустрічаються у вагітних з тією же частотою, що і у невагітних репродуктивного віку. Найпоширенішою патологією з боку дихальної системи є бронхіти, пневмонії, бронхіальна астма. Однієї з особливостей сполучення хвороб органів дихання та вагітності є народження дітей із клінічними ознаками внутрішньоутробної інфекції, синдромом затримки розвитку плода. Для рішення питання про прогноз вагітності необхідно враховувати характер і стадію захворювання, наявність гнійно-септичних ускладнень, стан функції зовнішнього дихання та газообміну, виразність дихальної і серцевої недостатності.

Бронхіти

У вагітних частіше розвивається первинний бронхіт інфекційної, вірусної етіології, часто сполучається з ларингітом, гострою респіраторно-вірусною інфекцією, астматичними станами. Бронхіти ділять на гострі і хронічні. Факторами ризику виникнення бронхітів є переохолодження, а також професійні шкідливості.

Основні **клінічні ознаки** - нездужання, кашель, біль у грудях, погане відходження мокротиння через набряк слизуватої оболонки бронхів, властиве періоду вагітності. Хронічні процеси перебігають довгостроково з періодами загострень і демісій.

Лікування проводять сумісно з терапевтом. Звичайно вживають часте тепле питво (чай з медом і лимоном, липовий чай), інгаляції лужних розчинів, відвари трав (кореня алтея), мікстуру з термопсиса.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіти не є протипоказанням до вагітності та пологів. Пологи у хворих неускладненим бронхітом перебігають без ускладнень. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізiotомія, акушерські щипці). У післяпологовому періоді підвищена частота гнійно-септичних ускладнень.

Гостра пневмонія

У вагітних пневмонія перебігає більш важко у зв'язку із зменшенням дихальної поверхні легенів, високим стоянням діафрагми (обмежує екскурсію легенів), додатковим навантаженням на серцево-судинну систему.

Клініка. Початок хвороби поступовий, в деяких випадках може бути гострим. Основні скарги: кашель із невеликою кількістю мокротиння, загальна слабкість, головний біль. Визначається помірне тахипное, притуплення перкуторного звуку над обмеженою ділянкою легенів, визначення хрипів при аускультатії легенів. Діагностику та лікування проводять сумісно з терапевтом, питання про необхідність рентгенологічного дослідження вирішують шляхом консіліуму.

Лікування. Застосовують антибактеріальну терапію. При виборі антибіотику керуються чутливістю мікрофлори. Показаний також масаж грудної клітини, дихальна гімнастика, оксигенотерапія.

Ведення вагітності та пологів. При появі ознак пневмонії незадовго до пологів треба по можливості відстрочити розвиток пологової діяльності, тому що пологовий акт небезпечний у зв'язку із впливом токсико-інфекційних факторів на нервову і серцево-судинну системи. Виражена дихальна недостатність на тлі пневмонії під час пологів є показанням до скорочення другого періоду пологів (епізiotомія, акушерські щипці)

Бронхіальна астма

У вагітних бронхіальна астма є одним з найпоширеніших захворювань легенів. Бронхіальна астма - алергійне захворювання, пов'язане з розвитком у дихальних шляхах хронічного запального процесу з явищами обструкції і появою респіраторних симптомів. Вплив бронхіальної астми на перебіг вагітності і стан плода в більшості жінок несприятливий, високий ризик розвитку прееклампсії, аномалій пологової діяльності, стрімких пологів.

Клініка. Виділяють переагостру (хронічний астмоїдний бронхіт, хронічна пневмонія із бронхоспазмом), напади задухи, астматичний стан. По частоті появи нападів і ступеня ефективності лікування бронхіальну астму ділять на легку, середню і важку. Астматичний статус - це найбільш важкий стан, при якому важку асфіксію не вдається лікувати протягом декількох годин.

Лікування. Вагітні, хворі на бронхіальну астму повинні перебувати на обліку у терапевта жіночої консультації. Необхідно усунути фактори ризику загострення захворювання: переохолодження, алергени в побуті та у їжі, професійні шкідливості. Для запобігання нападів задухи застосовують бронхолітичні препарати у вигляді інгаляцій і таблеток: ізадрин (1—2 вдихи з інгалятора) або алуцент (астмоцент) — по 0,02г під язик. При легкому нападі задухи одночасно призначають гаряче питво, гірчичники або банки.

При більш важких нападах задухи лікування хворих з астматичним станом обов'язково проводять у стаціонарі: внутрішньовенно вводять 10мл 2,4% розчину еуфіліну, при серцевій недостатності додають корглікон, дають кисень, призначають антибіотики. У випадку недостатнього ефекту лікування проводять в умовах реанімаційного відділення.

Ведення вагітності та пологів. Бронхіальна астма не є протипоказанням до вагітності. Повторні напади задухи, астматичні стани і явища легенево-серцевої недостатності є показаннями до дострокового розродження.

Пологи звичайно перебігають через природні пологові шляхи. У пологах варто продовжувати бронхолітичну терапію. Важка дихальна і легенево-серцева недостатність служать показанням для кесарева розтину.

ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ І ВАГІТНІСТЬ

Найчастіше зустрічаються пієлонефрит, гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба. Захворювання нирок погіршують плин вагітності: високий ризик розвитку загрози переривання вагітності, прееклампсії, передчасних пологів, синдрому затримки розвитку плоду, ДВЗ-синдрому і ниркової недостатності. Пологи перебігають із ускладненнями: аномалії пологової діяльності, кровотечі, дистрес плода. Післяпологовий період ускладнюється гнійно-септичними процесами.

Вагітність сприяє загостренню захворювань нирок. У результаті зміни гормонального та гуморального фону (підвищення рівня прогестерону, простагліну), здавлення сечоводів вагітною маткою у вагітної знижується тиск верхніх сечових шляхів, підвищується тиск і виникає порушення відтоку сечі. Тому вагітність провокує загострення пієлонефриту, ниркової коліки, ускладнює плин гломерулонефриту.

З метою діагностики захворювань нирок у ранній термін гестації проводять спеціальне обстеження. Важливе значення мають дослідження середньої порції ранкової сечі, підрахунок кількості формених елементів в осаді сечі, використання методів Нечипоренка, Зимницького. У всіх вагітних з патологією нирок доцільно проводити посіви сечі для виявлення мікрофлори та визначення чутливості її до антибіотиків. При цьому попередньо визначають ступінь бактеріурії. Про інфікування сечових шляхів свідчить виявлення більше 100 000 бактерій в 1 мл. Для оцінки стану клубової фільтрації та канальцевої реабсорбції використовують пробу Реберга, визначають нирковий кровоплин. У 5-10% вагітних зустрічається безсимптомна бактеріурія без яких-небудь ознак запалення сечовивідних шляхів. У 40% жінок вона переходить у клінічно виражений пієлонефрит.

Пієлонефрит вагітних

Пієлонефрит — неспецифічний інфекційно-запальний процес, що супроводжується патологією інтерстиціальної тканини нирок, канальцевого апарату та стінки чашково-мискової системи. У вагітних процес частіше розвивається у правій нирці. Поява або загострення пієлонефриту частіше відбувається в 22-28 тижнів вагітності, коли різко зростають рівні статевих і кортикостероїдних гормонів. Цей період є критичним для вагітних, які хворі на пієлонефрит. Збудниками пієлонефриту можуть бути патогенні, умовно-патогенні мікроорганізми: кишкова паличка, протей, клебсієла, ентерокок та ін., а також грамнегативні стрептококи груп D і B, стафілококи.

Клініка

Захворювання перебігає в гострій і хронічній формах. Гострий пієлонефрит починається з підвищення температури до 38-40°C, ознобу, головного болю, болю в кінцівках. Виражені ознаки інтоксикації, біль в попереку, що підсилюється при подиху, з іррадіацією до сечоводів, у піхову ділянку, стегно, статеві губи. Симптом Пастернацького позитивний. Біль у попереку спочатку двобічна, потім - з одного боку, частіше праворуч. Виділяють інтерстиціальну, серозну та гнійну форми пієлонефриту. Якщо розвивається гнійний пієлонефрит можуть приєднатися симптоми бактеріально-токсичного шоку з падінням артеріального тиску, різкою блідістю, акроціанозом, сплутаністю свідомості, печінкової-нирковою недостатністю з азотемією, вираженою жовтяницею. Загострення хронічного пієлонефриту часто пов'язані з гормональними зрушеннями (пубертатний період, вагітність, пологи). Поза загостренням хворі почувають себе добре, іноді з'являються невиразні скарги на нездужання, головний біль, тупий біль у попереку.

Діагностика

Діагностика базується на загальноклінічних, лабораторних і УЗ дослідженнях нирок. В аналізі крові – лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво, помірна гіпохромна анемія, прискорення ШОЕ. При біохімічному дослідженні крові звичайно виявляються гіпопротеїнемія та диспротеїнемія. Може мати місце короточасне підвищення концентрації сечовини та креатиніну. В аналізі сечі - значна піурія, бактеріурія, протеїурія (менш 1 г/л) і мікрогематурія. У цих хворих також відмічають ізостенурію та ніктурію, що вказує на порушення концентраційної здатності нирок. Ультразвукове дослідження дозволяє визначити розміри нирок, товщину кіркового шару, розмір чашечно-мискового апарату; виявити вади розвитку нирок, пухлину нирки, наявність сечокам'яної хвороби, гідронефроз. При порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію, що дозволяє встановити порушення пасажу сечі, визначити локалізацію запального процесу та джерело піурії. Для виявлення мікрофлори й визначення чутливості її до антибіотиків проводять посіви сечі.

Лікування

Лікування пієлонефриту залежить від форми та стадії захворювання, виду збудника, строку вагітності. Основою лікування гострого пієлонефриту є антибіотикотерапія (ампіцилін) на тлі відновлення пасажу сечі із хворої нирки за допомогою катетеризації сечоводів. Для посилення антибактеріальної дії антибіотики протягом 2-х тижнів призначають у комбінації з 5-НОК, невіграмоном, фурагином, уросульфамом. На тлі антибактеріальної терапії широко використовується інфузійна, дезінтоксикаційна, седативна, десенсибілізуюча терапія, вітаміни. Проводиться ретельне спостереження за станом плоду, обов'язкова профілактика гіпоксії і синдрому затримки розвитку. При неуспішній консервативній терапії показане оперативне лікування (нефростомія, декапсуляція нирки, нефректомія).

Ведення вагітності і пологів. Залежно від форми пієлонефриту виділяють 3 ступеня ризику, щодо виникнення ускладнень під час вагітності і пологів. 1 ступінь - жінки з гострим пієлонефритом, що виник під час вагітності. 2 ступінь - вагітні із хронічним пієлонефритом, 3 ступінь - вагітні, що страждають від пієлонефриту в поєднанні з гіпертензією, або азотемією, або вагітні з пієлонефритом єдиної нирки. При 1 та 2 ступенях ризику вагітність можна пролонгувати за умови контролю за станом сечі 2 рази на місяць (у період між 22 й 28 тижнем - щотижня) і спостереження нефрологом. При 3 ступені вагітність протипоказана через різке погіршення здоров'я під час вагітності з ризиком для життя жінки. При виникненні показань для урологічної операції спочатку проводять операцію, а потім вирішують питання про збереження вагітності.

Розродження у хворих з пієлонефритом проводиться переважно через природні пологові шляхи. У післяпологовому періоді загострення захворювання спостерігається на 4-й і 12-14 день (критичні строки). Необхідно провести обстеження, профілактику загострення пієлонефриту до виписування з пологового будинку, надалі – спостереження нефролога.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит — інфекційно-алергійне захворювання, що супроводжується поразкою клубочкового апарату нирок. Збудниками є, головним чином, гемолітичний стрептокок групи А (12-го фаготипу), віруси, включаючи вірус гепатиту В. Ускладнення вагітності, що виникають при гломерулонефриті - прееклампсія (під час вагітності гострий гломерулонефрит часто не діагностується і розцінюється як тяжка форма прееклампсії), порушення матково-плацентарного кровообігу, синдром затримки розвитку плода, порушення системи згортання крові жінки, що викликає передчасну відшарування нормально розташованої плаценти.

Клініка

У вагітних частіше виявляють хронічний гломерулонефрит, що перебігає в декількох формах: нефротичній, гіпертонічній, змішаній, латентній. Як правило, зустрічається латентна форма, що характеризується появленням набряків, незначною протеїнурією до 3 г/добу, еритроцитурією без гіпертонії (ангіпертензивна стадія), при якій плин вагітності, пологів і післяпологового періоду найбільше сприятливий.

Гіпертонічна стадія характеризується приєднанням високого АТ, гематурії, циліндрурії, змін на очному дні. Максимальний ступінь ризику відзначається у вагітних зі змішаною формою, гострим гломерулонефритом і будь-якою формою захворювання, що супроводжується азотемією та нирковою недостатністю.

Лікування

Використання патогенетичної терапії із застосуванням цитостатичних засобів і імунодепресантів у вагітних не може бути застосована у зв'язку з ембріотоксичною дією препаратів. Проводять комплексну симптоматичну терапію, що включає відповідну дієту, з обережністю використовують сечогінні препарати: гипотіазид по 0,25-0,75 г/сут протягом 3-5 днів, фуросемід по 0,04-0,08 г внутрішньовенно), гіпотензивні (вазодилататори, симпатолітики, спазмолітики), десенсибілізуючі препарати, інфузії білкових препаратів, кортикостероїди за показаннями.

При призначенні дієти необхідно враховувати форму гломерулонефриту. У випадку нефротичної форми кількість білка становить 2г на 1кг маси тіла вагітної, повареної солі — до 5г, рідини — 800 мл на добу. При змішаній і гіпертонічній формах прийом повареної солі обмежують до 5г, рідини -до 1000 мл, білка до 1 г/кг у добу. При латентній формі гломерулонефриту обмежень у дієті не встановлюють. Дефіцит білка відшкодовують парентеральним введенням свіжозамороженої плазми, альбуміну та інших білкових препаратів.

Ведення вагітності та пологів

Збереження вагітності протипоказане при гіпертонічній і змішаній формах гломерулонефриту з типовим плином захворювання, а також при будь-якій його формі, що супроводжується азотемією і нирковою недостатністю. Показаннями для дострокового розродження жінок із гломерулонефритом являються загострення хронічного гломерулонефриту з порушенням функції нирок, наростанням азотемії, приєднання важких форм пізнього гестозу, відсутність ефекту від проведеного лікування, погіршення стану плода.

Сечокам'яна хвороба

Сечокам'яна хвороба звичайно не виникає під час вагітності, але її клінічні прояви можуть загострюватися, якщо раніше захворювання перебігало латентно, обумовлено змінами водно-сольового обміну, порушеннями уродинаміки та вторинною інфекцією. Провідним патогенетичним фактором у розвитку сечокам'яної хвороби у жінок є пієлонефрит. При вагітності часто спостерігається сполучення пієлонефриту та нефролітіазу.

Клініка

Сечокам'яна хвороба проявляється наступними симптомами: ниркова коліка, гематурія, піурія, відходження каменів із сечею. Для каменів нирок характерна біль в попереку інтенсивного характеру, з ірадіацією по ходу сечоводів в піхвову ділянку, стегно, статеві губи. Нерідко біль супроводжується нудотою, блювотою, метеоризмом, затримкою стільця і газів, дизуричними явищами, позитивним симптомом Пастернацького.

Діагностика

Діагноз установлюють на підставі даних анамнезу, клінічної картини під час коліки, результатів аналізу сечі, УЗД нирок. Застосовують. хромоцистоскопію, катетеризацію сечоводу для визначення ступеня оклюзії та рівня розташування каменів. Для оцінки ниркової функції застосовують комплекс досліджень, у який входить визначення сечовини або залишкового азоту та креатиніну, електролітів у сироватці крові.

Лікування

Як правило, проводять консервативне лікування Для позбавлення ниркової коліки, що часто виникає при сечокам'яній хворобі, застосовують спазмолітичні та аналгетичні засоби (атропін, баралгін, промедол), а також паранефральну блокаду. При відсутності ефекту від лікарської терапії виникає необхідність у катетеризації сечоводу. Ниркова коліка досить часто закінчується спонтанним відходженням конкрементів. При сполученні сечокам'яної хвороби з пієлонефритом призначають антибактеріальну терапію з обов'язковим відновленням пасажу сечі. При неефективності комбінованого лікування, відтік сечі створюють шляхом піело- або нефротомії, тим самим вдається запобігти розвитку гнійного процесу в нирці.

Ведення вагітності і пологів. Питання про збереження вагітності варто вирішувати з урахуванням ряду моментів: тривалості захворювання, локалізації конкременту, функції нирок, ступеню і гостроти запального процесу. Вагітність, як правило, розвивається нормально при односторонньому нефролітіазі та задовільній функції контралатеральної нирки. Білатеральний нефролітіаз часто супроводжується нирковою недостатністю, що несприятливо позначається на організмі вагітних, і тому збереження вагітності в таких хворих небажано. Серйозною перешкодою до збереження вагітності є камені єдиної нирки. При відновленні в результаті лікування функції нирки вагітність зберігають. У тих випадках, коли ефект відсутній і розвивається ниркова недостатність, показано переривання вагітності.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ І ВАГІТНІСТЬ

ПАТОЛОГІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

У період гестації найчастіше зустрічаються: дифузійний токсичний зоб (гіпертрофія, гіперплазія і гіперфункція щитоподібної залози), гипотиреоз, ендемічний зоб, вузлуватий нетоксичний зоб, тиреоїдити різного генезу. Ускладненнями вагітності при патології щитоподібної залози у жінок є невиношування (25-50%), прееклампсія, мертвонародження, аномалії розвитку плода.

Дифузний токсичний зоб (ДТЗ)

Клініка. Скарги на стомлюваність, нервозність, пітливість, екзофтальм. В 1-й половині вагітності відзначається тахікардія, зниження артеріального тиску, високий пульсовий тиск, субфебрилітет, ЕКГ ознаки тиреотоксичної дистрофії міокарду, часто приєднується нудота, блювання вагітних. В 2-й половині вагітності стан хворих покращується за рахунок збільшення гормонзв'язуючих білків крові. У середньотяжких і тяжких випадках тиреотоксикозу з 28-30 тижнів вагітності з'являється серцево-судинна недостатність, тахікардія до 120-140 уд/хв, миготлива аритмія, можливий розвиток серцевої недостатності..

Діагностика гіперфункції щитоподібної залози у вагітних: збільшення щитоподібної залози, частий пульс під час сну, тахікардія, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові.

Лікування гіпертиреозу у вагітних здійснюється згідно рекомендаціям ендокринолога в залежності від ступеня тяжкості. Застосовують дийодтирозин,

мерказолил, вітамінотерапію, при відсутності ефекту від консервативного лікування - хірургічне лікування.

Ведення вагітності і пологів

- госпіталізація до 12 тижнів для рішення питання про збереження вагітності;
- обстеження включає визначення частоти пульсу, АТ, ЕКГ, дослідження рівня ТТГ у крові кожні 5 тижнів, консультації фахівців (терапевта та ендокринолога);
- проведення оздоровчих заходів;
- лікування за рекомендаціями ендокринолога;
- вичікувальна тактика в родах з контролем діяльності серцево-судинної системи;
- швидкий плин пологів з можливим розвитком дистреса плода та родового травматизму;
- у післяпологовому періоді можлива гіпогалакції, загострення тиреотоксикозу, що може бути показанням до припинення лактації.

Гіпотиреоз

Клініка. Основні скарги на млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завзяті запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -52-60 уд за хвилину. **Ускладнення вагітності і пологів** у жінок з гіпофункцією щитоподібної залози: важка прееклампсія, еклампсія, тиреоїдна анемія, антенатальна загибель плода, аномалії розвитку плода, слабкість пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі, гіпогалакція

Діагностика. Визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл (АТТГ) в крові. Характерним є зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів, виявлення АТТГ в діагностичних титрах (в нормі не виявляються).

Лікування. При гіпофункції щитоподібної залози проводять замісну терапію препаратами левотироксину, який не проходить через плаценту і не впливає на плід. Дозу препарату обирає ендокринолог таким чином, щоб утримувати рівень ТТГ в межах норми. Рекомендована дієта, збагачена продуктами, які мають в своєму складі йод (морська капуста, морська риба).

Ведення вагітності і пологів.

- вагітність не протипоказана при легких формах гіпотиреозу та в умовах адекватної корекції функції щитоподібної залози;
- госпіталізація у 1-му триместрі вагітності для рішення питання про клінічний стан хворих;
- у пологах проводиться своєчасне виявлення та лікування слабкості пологової діяльності, профілактика атонічних кровотеч методом активного ведення 3 періоду пологів.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Хворі із цукровим діабетом (ЦД) у період вагітності є групою високого ризику з перинатальної і материнської патології. Вагітність є діабетогенним фактором і сприяє прогресуванню захворювання. ЦД викликає ускладнений плин вагітності та пологів, впливає на розвиток плода, призводить до важких ускладнень у вагітних, а також до високої частоти вад розвитку плода, захворюваності та смертності немовлят.

В класифікації ЦД, запропонованій ВОЗ (1985), виділені інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД; тип I), інсулінонезалежний цукровий діабет (ИНЦД; тип II), гестаційний цукровий діабет (ГЦД).

Додатково до цього К.Магге запропонував виділяти дві форми цукрового діабету, що спостерігається під час вагітності: передгестаційний (ПЦД I й II типу, наявний у жінки до вагітності) і гестаційний (ГЦД, що розвивається під час вагітності).

Передгестаційний цукровий діабет

ПЦД - синдром хронічної гіперглікемії, зумовленої абсолютною чи відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення усіх видів метаболізму, ураження судин (ангіопатії), нервів (нейропатії), багатьох органів і тканин.

Класифікація:

1. *Тип:* тип 1, тип 2.
2. *Ступінь тяжкості:*
 - легкий, середній, важкий.
3. *Стан компенсації:*
 - компенсація, субкомпенсація, декомпенсація.

Ускладнення передгестаційного діабету: кетоацидотична, гіперосмолярна, лактацидемична, гіпоглікемічна кома та хронічні мікроангіопатії (нефропатія, ретинопатія, мікроангіопатія нижніх кінцівок), макроангіопатії (ішемічна хвороба серця, мозку, макроангіопатія нижніх кінцівок), нейропатії, ураження інших органів (діабетична катаракта, гепатопатія, ентеропатія, остеоартропатія, інші.)

Діагностика. Під час вагітності не проводиться. Діагноз остаточно встановлено до вагітності.

Лікування. Маркером ефективності лікування цукрового діабету є максимально повна й стійка компенсація вуглеводного метаболізму.

За лабільного перебігу діабету припускається глікемія натще до 6,1 ммоль/л, через час після їжі - до 8,5 ммоль/л. Призначається дієта: добова калорійність раціону - 30-35 ккал/кг ідеальної маси тіла; якісний склад добового раціону - білки - 25-30%, вуглеводи - 45-50%, жири - 30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 2-3 години..

Інсулінотерапія. Середня добова доза інсуліну: I триместр - 0,5–0,6 ОД/кг, II триместр - 0,7 ОД/кг, III триместр - 0,8 ОД/кг, під час пологів - підтримання глікемії в межах 4,5-7,5 ммоль/л, для корекції глікемії під час пологів або операції кесаревого розтину застосовують інсулін короткої дії (підшкірно або внутрішньовенно) та інфузію 5% або 10% розчину глюкози.

Спеціалізована медична допомога під час вагітності і пологів:

У першому триместрі вагітності детально ознайомлюються з історією хвороби, спільно з ендокринологом проводять огляд хворої, призначають комплексне обстеження: глікемія натще та після їжі, добова глюкозурія, ацетонурія, концентрація глікозильованого гемоглобіну A_{1c} ; показники функції нирок, огляд очного дна. Вирішують питання щодо можливості виношування вагітності. Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів): діабетична нефропатія IV або V стадії, клінічні прояви діабетичної макроангіопатії, прекоматозний стан в I триместрі. Вагітним з цукровим діабетом відмінюють пероральні цукрознижуючі засоби та інсулін тваринного походження й призначають людський інсулін.

В другому триместрі: планова госпіталізація в 22-24 тижні вагітності для корекції інсулінотерапії, виявлення ознак затримки розвитку плода або діабетичної фетопатії, попередження багатоводдя, прееклампсії, інфекційних ускладнень. Показаннями до негайної госпіталізації є декомпенсація вуглеводного метаболізму

(нормоглікемія натще -3,3-5,6 ммоль/л); нормоглікемія упродовж доби (до 8,0 ммоль/л), прогресування судинних ускладнень (артеріальна гіпертензія, ниркова недостатність), ускладнення перебігу вагітності (загроза переривання, багатоводдя, прееклампсія), порушення стану плода, ознаки діабетичної фетопатії (збільшення швидкості щотижневого приросту середнього діаметра живота та грудної клітки, підвищення погодинної екскреції сечі плодом, подвійний контур голівки. подвійний контур тулуба, багатоводдя, макросомія), ознаки дистресу плода:

У *третьому триместрі*: моніторинг стану плода в стаціонарі - УЗД кожні 2 тижні, кардіотокографія щотижня, актографія (підрахування рухів плода за 1 годину самою вагітною) двічі на день. Оцінка зрілості легенів плода проводиться за необхідності передчасного розродження або розродження хворої з поганою компенсацією діабету шляхом визначення співвідношення лецитин/сфінгомієлін, пальмітинова кислота/стеаринова кислота та наявності фосфатидилгліцерину в навколоплідних водах, отриманих трансабдомінальним амніоцентезом.

Розродження. Показаннями до планового кесаревого розтину є "свіжі" крововиливи в сітківку; прееклампсія середньої тяжкості чи тяжкого ступеню; гіпоксія плода; тазове передлежання; маса плода > 4000 г. Протипоказаннями до планового кесаревого розтину є діабетичний кетоацидоз, прекоматозний стан, кома. У разі пологів природним шляхом родозбудження за достатньої зрілості шийки матки починається з амніотомії і проводиться внутрішньовенним краплинним введенням окситоцину (5 ОД) або простагландину E₂ (5 мг), розчинених в 500 мл 5% глюкози. Контроль глікемії під час пологів проводиться щогодини. Контроль стану плода здійснюється моніторним спостереженням. Знеболення пологової діяльності - епідуральна анестезія. Проводиться ретельний контроль та корекцією артеріального тиску. Виведення голівки проводиться в інтервалі між потугами, щоб народження плечового поясу співпало з наступною потугою.

Гестаційний діабет

ГД – порушення толерантності до глюкози будь-якого ступеня, яке виникло (або вперше виявлено) під час вагітності. Чинниками ризику гестаційного діабету є: діабет у родичів першого типу; гестаційний діабет за попередньої вагітності; ожиріння (>120% від ідеальної маси тіла); багатоводдя; обтяжений акушерський анамнез (великий плід >4000 г, мертво народження, вроджені вади розвитку плода), глюкозурія (встановлена двічі або більше). Показанням до негайного обстеження на гестаційний діабет, окрім наявності чинників ризику, є глікемія натще (у плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л, у цільній капілярній крові 5,0 ммоль/л).

Лікування Дієтотерапія (добова калорійність раціону - 30-35 ккал/кг ідеальної маси тіла, якісний склад добового раціону - білки - 25-30%, вуглеводи - 45-50%, жири - 30%, легкозасвоювані вуглеводи виключають, їжу приймають 5-6 разів з інтервалами 2-3 години). Інсулінотерапію починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2-4 ОД) за 20 хв. перед основними прийомами їжі. Контролюють глікемію натще та через 1 годину, коригуючи дози інсуліну. Якщо глікемія натще утримується в плазмі венозної крові 5,83 ммоль/л (або в капілярній крові 5,0 ммоль/л), призначається додатково ін'єкція інсуліну середньої тривалості (напівдобовий інсулін) перед сном.

Тактика ведення вагітності й пологів полягає в ретельному спостереженні за вагітною та плодом за такими принципами, що і при передгестаційному діабеті.

ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ВАГІТНИХ

Холецистит

Хронічний холецистит - це хронічне рецидивуюче поліетіологічне захворювання, пов'язане із запальними змінами в стінці жовчного міхура.

Основну роль у розвитку холецистити відіграють - інфекція, застої жовчі, подразнення слизової оболонки жовчного міхура.

Класифікація

- I. Хронічний безкам'яний холецистит;
хронічний калькульозний холецистит.
- II. Садія процесу: загострення; неповної ремісії; ремісії.
- III. Ступінь тяжкості: легкий; середній; тяжкий.

Діагностика

Суб'єктивні дані: больовий синдром (тупий, ниючий біль у ділянці правого підребер'я з ірадіацією в праву половину грудної клітки, у праву ключицю, шию праворуч, лопатку, біль посилюється від жирної та смаженої їжі); диспептичний синдром (важкість у правому підребер'ї, надчеревній області, здуття живота, нудота, гіркота в роті, порушення випорожнення, іноді - зниження апетиту); явища інтоксикації (слабкість, головний біль, тіпанки, біль у суглобах, у ділянці серця, субфебрильна температура, прискорене серцебиття).

Об'єктивні дані: позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус – симптом), помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації. Додатково проводять ультразвукове дослідження, визначення концентрації в крові білірубіну, АлТ, АсТ, лужної фосфатази, амілази, холестерину; клінічний аналіз калу; дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

Лікування

Спостереження вагітної з хронічним холециститом у жіночій консультації проводять спільно з терапевтом. За умови відсутності загострення процесу профілактично призначають: лікувальну фізкультуру; раціональне харчування (стіл №5 у теплому вигляді, прийом їжі не менше 5 разів на добу); лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) - 1 раз на тиждень, всього 4-6 разів в II та III триместрах. У якості жовчогінних засобів застосовують 2 склянки відвару шипшини або мінеральної води; 1-2 столові ложки оливкової олії; 50-60 мл 25-33 % розчину сульфату магнію; 20 мг сорбіту чи 20 мг ксиліту, розчинених в 100 мл води; препарати що містять жовчні кислоти (хологон, дехолін, алохол, холензим, ліобіл); препарати рослинного походження (фламін, холосас, холагол, хофитол, холаголум, гепабене); гідрохолеретики (мінеральні води "Єсентуки" №17 та 4, "Трускавецька", "Смирновська", "Славянська", "Нафтуса"); холекінетики (ксиліт, сорбіт, магнію сульфат, рослинні олії - соняшникова, оливкова, обліпихова). У разі загострення процесу призначають: дієту (стіл №); для ліквідації больового синдрому - М-холінолітики (платифілін, пірензепін), міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин); у разі супутньої гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії - прокінетики (метоклопрамід); фітотерапія (настої м'яти, ромашки, кропиви, нагідок лікарських, цикорію, безсмертника, кукурудзяних рилець, шипшини); при затуханні запалення - фізіотерапевтичні методи (солюкс, аплікації озокериту, УВЧ на ділянку правого підребер'я).

Ведення вагітності і пологів

Вирішують питання про можливість виношування вагітності до 12 тижнів. *Протипоказання до виношування вагітності:* механічна жовтяниця, часті напади печінкової коліки, гнійне запалення жовчного міхура. Стан після холецистектомії не перешкоджає виношуванню вагітності.

Розродження проводять з врахуванням акушерської ситуації при доношеній вагітності. У післяпологовому періоді призначають охоронний режим, збалансоване харчування (дієта №5). Породілля може бути виписана залежно від інволюції матки на

3-5 добу. При виписуванні оцінюють стан жовчного міхура. При неповній стабілізації стану - показаний перевід у терапевтичне відділення або в хірургічній стаціонар

Гепатити

Хронічний гепатит

Хронічний гепатит (ХГ) – поліетіологічне дифузне ураження печінки запального характеру тривалістю понад 6 місяців з прогресуючим перебігом та розвитком фіброзу аж до цирозу.

Класифікація

I. За етіологією та патогенезом:

- хронічний гепатит В (ХГВ);
- хронічний гепатит D (ХГD);
- хронічний гепатит С (ХГC);
- невизначений хронічний вірусний гепатит;
- автоімунний гепатит;
- хронічний медикаментозний гепатит;
- токсичний гепатит;
- алкогольний гепатит;
- криптогенний гепатит;
- первинний біліарний цироз;
- первинний склерозуючий холангіт;
- захворювання печінки Вільсона-Коновалова;
- хвороба недостатності антитрипсину печінки.

II. За ступенем активності (визначається тяжкістю запально-некротичного процесу):

- а) мінімальна (АлТ підвищена не більш, ніж в 3 рази);
- б) помірна (АлТ підвищена від 3 до 10 разів);
- в) виражена (АлТ підвищена більш, ніж в 10 разів).

Клініка

Гепатолієнальний синдром - збільшення печінки та селезінки різного ступеню, ущільнення консистенції печінки, інколи болючість при пальпації. *Диспептичний синдром* - знижений апетит, нудота, інколи блювання, відчуття важкості в епігастрії, відрижка, здуття живота, закріпи, непереносимість жирної їжі. *Астеновегетативний синдром* - загальна слабкість, пригнічений настрій, дратівливість, безсоння, знижена працездатність, біль голови. *Холестатичний синдром* - свербіння шкіри, ахолічний кал, темно-коричневе забарвлення сечі. Жовтяниця - частий, але не обов'язковий симптом. Інколи спостерігається біль, диспептичні явища. *Геморагічний синдром* - крововиливи та синці на шкірі, підшкірній жировій клітковині, кровоточивість ясен, носові кровотечі, гематурія, кров'янисті виділення із піхви. *Синдром портальної гіпертензії* - стійка диспепсія без патологічних змін шлунка, метеоризм, періодично пронос, зменшена маса тіла, варикозне розширення вен кардії з рецидивуючими кровотечами, спленомегалія.

Діагностика

Анамнез (вірусний гепатит В або С, або D); професійні, хімічні шкідливі чинники; медикаментозні інтоксикації; зловживання алкоголем; підпечінковий холестаза; метаболічні порушення та ін..

Лабораторні показники:

Маркери вірусних гепатитів: - *антигенні* – HBsAg, HbcAg; - *серологічні* – анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc – Ig, анти-HCV, анти-HCV – Ig; - *генетичні* – вірусна ДНК або РНК.

Біохімічні показники: тімолова проба > 4 ОД; АлТ - при мінімальній активності підвищення не більше, ніж в 3 рази; при помірній - від 3 до 10 разів; при вираженій - більше, ніж в 10 разів; - білірубін > 22 мкмоль/л;- лейкоцитоз – 10 - 20·10⁹/л;- лужна фосфатаза >5 ОД;- протромбін < 80 %.

Дані ультразвукового дослідження – ознаки хронічного гепатиту.

Лікування

Призначають дієту № 5: харчування повинно бути збалансованим, повноцінним, по можливості екологічно чистим з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів. Виключаються жири тваринного походження, продукти багаті холестерином (тверді сири, субпродукти та ін.).

Медикаментозне лікування ХГ проводиться із застосуванням мінімуму препаратів (метаболізм більшості лікарських засобів здійснюється в печінці, тому при ХГ порушений). Виключаються інсоляції, вживання алкоголю, медикаментів, які можуть виявити гепатотоксичний ефект (нітрофурані, саліцилати та ін.).

У разі стійкої ремісії ХГ призначають седативні препарати (мікстура Павлова, настоянка пустирника, валеріани у звичайних дозах), аскорбінову кислоту (0,1-0,2 г три рази на добу), рутин (0,05 г три рази на добу).

При загостренні процесу – стаціонарне лікування, режим ліжковий. Інфузійна терапія (реополіглюкін - 400 мл в/в, 10 % альбумін - 200 мл; глюкозо-калієво-інсулінова суміш (В): 5 % розчин глюкози - 300-400 мл, 3 % розчин калію хлориду - 50-70 мл, інсулін - 6-8 ОД; есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти (кверцетин, вітамін Е), секвестранти жовчних кислот (холестирамін, х'юарова смола тощо), ентеросорбція.

У післяпологовому періоді: дієта № 5, аналіз сечі – один раз на 3 дні, біохімія крові (білок, трансамінази, тімолова проба, лужна фосфатаза, протромбін), спостереження терапевта.

Тактика ведення вагітності і пологів

Встановлення діагнозу спільно з терапевтом (гастроентерологом). Комплексне обстеження. Вирішення питання щодо можливості виношування вагітності. *Протипоказання до виношування вагітності (до 12 тижнів):* виражена активність запально-некротичного процесу; виражений фіброз паренхіми печінки; портальна гіпертензія; синдром холестазу; цитолітичний синдром. Оцінка стану вагітної (амбулаторне спостереження або стаціонарне лікування). Лабораторний контроль у залежності від тяжкості захворювання (один раз на тиждень проводиться біохімічний аналіз крові та повний аналіз крові). При виникненні акушерських ускладнень (пreekлампсія, загроза переривання вагітності, гіпоксія плода та ін.) або при загостренні основного захворювання - стаціонарне лікування у відділенні екстрагенітальної патології.

Пологи ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять у разі наявності акушерських показань, портальної гіпертензії. Головною загрозою для життя вагітних є кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Тому при портальній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин в 38 тижнів вагітності.

Гострий вірусний гепатит

Гострий вірусний гепатит (ГВГ) – це дифузне запалення печінки, вірусної етіології, який супроводжується жовтяницею.

Класифікація

1. *За етіологією:*

Вірусний гепатит А, В, С, D, E, F, G

2. *За ступенем тяжкості:*

- легка форма;
- середньої тяжкості;
- тяжка;
- вкрай тяжка (фульмінантна).

Клініка

Наявність одного чи більше синдромів: інтоксикаційний, астеновегетативний, холестатичний, мезанхімально-запальний, цитолітичний синдром та інші (див. клініку ХГ).

Ускладнення гострого гепатиту: гостра й підгостра дистрофія печінки (гостра печінкова енцефалопатія), функціональні та запальні захворювання жовчовивідних шляхів та жовчного міхура, позапечінкові ураження (індукція імунокомплексних та аутоімунних захворювань), хронічний гепатит, цироз печінки, первинний рак печінки (гепатоцелюлярна карцинома).

Діагностика

Лабораторні показники.

Загальний аналіз крові - лейкопенія (можливий лейкоцитоз), лімфопенія, зниження ШОЕ, тромбоцитопенія. Біохімічні показники крові - підвищення загального білірубину переважно за рахунок прямого, підвищення активності АлТ, і в меншій мірі АсТ, диспротеїнемія, підвищення тимолової проби (не змінюється при ГВГ), зниження сулемової проби, альбуміно-глобулінового, альбуміно-гамаглобулінового коефіцієнтів, протромбінового індексу та фібриногену. В сечі - уробілінурія.

Специфічне обстеження - виявлення в крові методом ІФА специфічних антитіл, методом ПЛР вірусів.

Лікування

Етапи надання медичної допомоги вагітним:

Жіноча консультація:- оцінка стану вагітної; встановлення попереднього діагнозу спільно з терапевтом та інфекціоністом; вирішення питання щодо необхідності та місця госпіталізації. Гострий гепатит є протипоказанням до переривання вагітності в будь-який термін; ризик самовільного переривання вагітності підвищується у два рази, в II-III триместрі ризик вищий, ніж в I-му.

Інфекційне відділення: госпіталізація до 36 тижнів вагітності чи до початку пологової діяльності.

Обсерваційне відділення пологового будинку: госпіталізація з початком пологової діяльності.

В післяпологовому періоді лікування та реабілітація породіль в амбулаторних умовах.

Принципи надання медичної допомоги.

Лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного й психічного навантаження. Дієта № 5 а, 5 у залежності від періоду хвороби, тяжкості її перебігання.

При легкому та середньому ступеню тяжкості гепатиту лікування обмежується наданням лікувально-охоронного режиму та дієтою. Специфічне протівірусне лікування вірусних гепатитів під час вагітності не проводиться. Дезінтоксикаційна терапія з метою

виведення шкідливих метаболітів із крові, корекція водно-електролітного та кислотно-лужного балансу забезпечується призначенням ентеросорбентів, а також внутрішньовенного крапельного введення 5% розчину глюкози, 0,9% розчину натрію хлориду та інших кристалоїдних розчинів з урахуванням клініко-лабораторних показників

При тяжкій формі - амінокислотні суміші 2 -3 рази на тиждень по 500 мл інфузійно, повільно, протягом 12 - 24 годин, 7 - 10 вливань на курс, бажано на фоні введення глюкозо - інсуліно - калієвої суміші (В). Рибоксин по 0,2 г 4 рази на день при ГВГВ. Ферментативна терапія призначається в разі дефіциту власних ензимів для зменшення навантаження на травну систему та покращення роботи кишківника. Застосовують поліферментні препарати, які призначають хворим тричі на день під час їжі. У разі виникнення поліорганної недостатності проводиться інтенсивна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії.

У період реконвалесценції призначають гепатопротектори. При гострому вірусному гепатиті вітамінотерапія не показана. Лікування загрози переривання вагітності та інших акушерських та перинатальних ускладнень проводиться загальноприйнятими методами в акушерстві.

Принципи надання акушерської допомоги.

У гострій стадії захворювання пологи не загрожують роділлі ускладненнями, які пов'язані з гепатитом, тому їх ведуть через природні пологові шляхи. Кесарів розтин проводять виключно за акушерськими показаннями. Кесарів розтин не зменшує ризик трансмісії гепатиту від матері до дитини. Показана профілактика кровотечі в III періоді пологів (активне ведення послідового періоду). З метою профілактики інфекційних ускладнень не застосовуються препарати з переважно печінковим шляхом елімінації та з гепатотоксичною дією. Препаратами вибору є цефалоспорины II - III генерації та напівсинтетичні пеніциліни.

У післяпологовому періоді: - лікувально - охоронний режим; дієтичне харчування; аналіз сечі - один раз у три дні; загальний аналіз крові; біохімія крові та коагулограма - за показаннями; спостереження інфекціоніста, терапевта.

У всіх новонароджених від інфікованих HCV матерів у сироватці крові визначається материнські анти - HCV, які проникають крізь плаценту. У неінфікованих дітей антитіла зникають у першій рік життя. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування дитини (А).

Гострий апендицит

Гострий апендицит становить близько 90% всіх випадків «гострого живота» у вагітних в основному зустрічається в першій половині вагітності

Клініка

В1-й половині вагітності клініка гострого апендициту практично не відрізняється від проявів цієї хвороби поза вагітністю.

В 2-й половині вагітності відзначається значна відмінність клінічних проявів. Це обумовлено анатомічними особливостями розташування червоподібного відростка й інших органів черевної порожнини (змінюються у зв'язку з ростом вагітної матки), зміною інтестинального кровообігу і схильністю вагітних до коагулопатії. Нудота, блювота, лейкоцитоз не мають свого діагностичного значення, тому що можуть супроводжувати нормальну вагітність. Тому має значення не стільки сам лейкоцитоз, скільки його динаміка та лейкограма. Біль, як правило, починається в підчеревній ділянці, надалі локалізуються в правій здухвинній ділянці.

Біль з'являється раптово, іноді не настільки значна, як поза вагітністю. Можлива нудота, блювота, підвищення температури тіла до 38 °С або відсутність гіпертермії. Пульс частішає до 100 у хвилину та більше. При пальпації захисна напруга м'язів живота виражена слабо через перерозтягнутість черевної стінки і розташування червоподібного відростка за маткою. Часто чітко визначається симптом Бартомье -

Міхельсона: посилення болю при пальпації в положенні хворої на правому боці (коли червоподібний відросток придавлений маткою), а не на лівому, як у невагітних. Симптом подразнення очеревини (Щьоткіна - Блюмберга) виникає рано. Гострий апендицит необхідно диференціювати від блювання та нудоти вагітних, ниркової коліки, пієлонефриту, холецистити, панкреатиту, гострого гастриту, позаматкової вагітності, пневмонії та перекруту ніжки кісти яєчника.

Лікування

Гострий апендицит поза залежності від строку вагітності є показанням до операції. У першій половині вагітності техніка операції не відрізняється від такої поза вагітністю. Рану зашивають наглухо.

В останні тижні вагітності розтин роблять трохи вище здухвинної кістки внаслідок значного зсуву сліпої кишки та червоподібного відростка догори. Методом вибору є нижньосередина лапаротомія.

У післяопераційному періоді, крім звичайної терапії, необхідно призначити лікування, спрямоване на профілактику передчасного переривання вагітності. Протипоказане введення прозерину, гіпертонічного розчину натрію хлориду як речовин, що сприяють скороченню матки, не слід застосовувати гіпертонічні клізми.

Якщо операція та післяопераційний період пройшли без ускладнень і ознак переривання вагітності нема, то жінці дозволяють вставати на 4-5 добу.

У випадку виникнення розлитого перитоніту на тлі гострого апендициту питання про обсяг і характер втручання при більших строках вагітності варто вирішувати разом акушеру і хірургу.

Принцип сучасної хірургічної тактики можна коротко сформулювати в такий спосіб: максимальна активність відносно перитоніту, максимальний консерватизм відносно вагітності.

У випадку розлитого перитоніту при доношеній або майже доношеній вагітності (36-40 тижнів) операцію починають із кесарева розтину, потім після ушивання матки роблять апендектомію і всі подальші маніпуляції, пов'язані з лікуванням перитоніту.

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий – на початку заняття викладач повинен розкрити актуальність теми, сформулювати основні завдання заняття, провести контроль вихідного рівня знань шляхом відповіді кожного студента на контрольне запитання. Студентам видаються завдання для самостійної роботи.

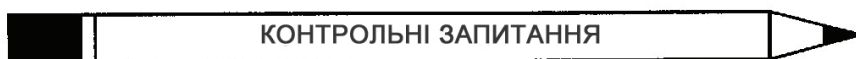
Б. Основний – самостійна робота студентів під керівництвом викладача в палатах відділення патології вагітних: збирання анамнезу, дослідження вагітних загальними і акушерськими методами, аналіз результатів лабораторного і інших методів дослідження при різних формах екстрагенітальної патології, призначення лікування та складання плану ведення вагітності і пологів при різних формах екстрагенітальної патології.

В. Заключний – контроль кінцевого рівня засвоєння навчального матеріалу шляхом розв'язування студентами ситуаційних задач, усні виступи студентів про зроблену роботу. В кінці заняття проводиться оцінка роботи кожного студента, узагальнення, зауваження за ходом заняття.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палата патології вагітних, кабінет функціональної діагностики.

Оснащення: Для проведення заняття підготувати 3-5 вагітних з різними формами екстрагенітальної патології, історії вагітності і пологів, необхідні аналізи, таблиці тощо.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Скільки разів протягом вагітності та в які терміни необхідно в плановому порядку госпіталізувати вагітну з екстрагенітальною патологією?
3. Які захворювання серцево-судинної системи найчастіше мають місце у вагітних?
4. Які особливості перебігу вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи?
5. Які чинники впливають на перебіг вагітності у жінок із набутими вадами серця?
6. При яких набутих вадах серця вагітність протипоказана?
7. При яких вроджених вадах серця вагітність протипоказана?
8. Які особливості перебігу вагітності у жінок з оперованим серцем?
9. Які ускладнення мають місце у вагітних із артеріальною гіпертензією та який їх механізм?
10. Яке лікування застосовують при гіпертонічній хворобі у вагітної?
11. Які методи розродження застосовують у вагітних із захворюваннями органів серцево-судинної системи.?
12. Які особливості перебігу і ведення вагітності при захворюваннях вен у вагітних?
13. Які тромботичні ускладнення через захворювання вен можливі у вагітних, яка при цьому тактика ведення вагітності?
14. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів (анемії вагітних)?
15. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання?
16. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів?
17. Якими є протипоказання до виношування вагітності з боку сечовивідної системи?
18. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи, яка патологія зустрічається найчастіше?
19. Які ускладнення вагітності спостерігають у жінок із цукровим діабетом?
20. При яких ускладненнях цукрового діабету протипоказана вагітність?
21. Які фактори впливають на вибір часу та методу розродження у випадку цукрового діабету?
22. Як впливають захворюваннями щитоподібної залози на вагітність?
23. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки?

24. Які особливості перебігу та ведення вагітності у жінок із захворюваннями жовчного міхура.
25. Яка акушерська тактика при гострому апендициті у вагітних. органів травлення.



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез, провести загальне та спеціальне акушерське обстеження вагітної з екстрагенітальною патологією.
2. На підставі отриманих даних та аналізу результатів лабораторного або іншого обстеження встановити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
4. Виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією (за даними історій вагітності при відсутності вагітних з важкою патологією).
5. Прогнозувати відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з екстрагенітальною патологією, її вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
6. Скласти план ведення вагітності в умовах жіночої консультації?
7. Скласти план ведення пологів у вагітних з екстрагенітальною патологією?
8. Провести співбесіду з вагітною з екстрагенітальними захворюваннями з метою пояснення необхідності своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
9. Разом з викладачем деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності (при наявності вагітних з протипоказаннями для виношування вагітності).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 23 років, вагітність перша. До вагітності нічим не хворіла. В терміне 24-25 тижнів після прийому гострої їжі відчула біль в попереку, дриж, піднялась температура до 39⁰С. В загальному аналізі крові лейкоцити – 15,5x10⁹/л, ШОЕ – 35 мм/г, в загальному аналізі сечі - білок 0,06 г/л, лейкоцити вкривають поле зору. Інші аналізи; бактеріурія.



Який найбільш ймовірний діагноз?



Гострий піелонефрит.

2. Повторновагітна 29 років поступила в пологовий будинок з доношеною вагітністю та скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, недостатність кровообігу 2 А ст.



Яка тактика проведення пологів у данному випадку?



Пологи проводити з виключенням 2 періоду.

3. У вагітної хворої на цукровий діабет, термін гестації 34 тижні. Спостерігається посилення діабетических скарг (спрага, погіршення зору), гірше відчуває рухи плода. Глюкоза крові - 8,2 ммоль /л, в сечі– 1% цукру, КТГ плода – монотонний базальний ритм 170 уд/хв, БПП – 6 балів, УЗД – гіперплазія плаценти.



Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?



Вагітність 34 тижні. Цукровий діабет. Плацентарна Недостатність. Дистрес плода. Кесарів розтин.

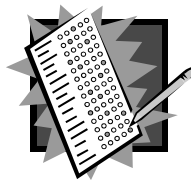
4. У вагітної 23 років в термін 15 тижнів скарги на млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завзяті запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -52-60 уд за хвилину.



Який попередній діагноз? Яке обстеження треба призначити?



Вагітність 15 тижнів. Гіпотиреоз? Призначити – визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл в крові..



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 24 років, вагітність I, 39-40 тижнів, головне передлежання. I період пологів. Загострення хронічного пієлонефриту. Акушерська ситуація: шийка матки згладжена, розкриття 5 см, плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 145-150 уд. за хв.



Який оптимальний метод розродження?



- A. Класичний кесарський розтин
- B. Розродження через природні пологові шляхи*
- C. Екстраперитонеальний кесарський розтин.
- D. Ведення пологів із виключенням II періоду.

2. Першовагітна 19 років звернулась до жіночої консультації для постановки на облік. Термін вагітності 8 тижнів. При огляді терапевтом виявлено, що жінка має скарги на загальну слабкість, припухлість колінних суглобів, підвищення температури тіла до 37,8 град. З дитинства часто хворла на ангіну. Заключення терапевта – ревматизм, активна фаза, ендокардит.



Тактика ведення вагітної?



- A. Госпіталізація до терапевтичного відділення із спостереженням гінеколога
- B. Госпіталізація до гінекологічного відділення для проведення курсу лікування
- C. Амбулаторне лікування, антибіотикотерапія, вітаміни
- D. Переривання вагітності*

3. Вагітна С. 25 років доставлена в пологовий будинок машиною “швидкої допомоги”. Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепсію не хворіла. Об'єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів.



Який діагноз?



- A. Еклампсія*
- B. Епілепсія
- C. Діабетична кома
- D. Гостра ниркова недостатність

Тема 9. ПЕРИНАТАЛЬНІ ІНФЕКЦІЇ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Серед причин перинатальних втрат провідне місце займає внутрішньоутробне інфікування плода і, як наслідок, патологія плода та новонародженого.

Частота ранньої неонатальної захворюваності та смертності варіює від 5,3 до 27,4%, а мертвонародженість сягає 16,8%. Уроджена інфекційна патологія в 36-39% випадків – причина перинатальної смертності. Частота внутрішньоутробного інфікування становить близько 10% усіх вагітностей. Клінічно виражені форми внутрішньоутробної інфекцій – 0,5-1% (у разі своєчасних пологів) та 3,5-16% (у разі передчасних пологів).

Своєчасна діагностика, профілактика й лікування дають змогу значно знизити частоту перинатальних втрат, покращити результати перебігу вагітності та зберегти здоров'я жінок і новонароджених.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення понять «перинатальні інфекції» (ПІ), «внутрішньоутробне інфікування», «внутрішньоутробна інфекція» (ВУІ).
2. Фактори ризику ВУІ
3. Класифікацію перинатальних інфекцій.
4. Патогенез впливу ПІ на плід.
5. Клінічні прояви перинатальних інфекцій.
6. Стандартні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком.
7. Специфічні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком.
8. Показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ.
9. Тактику ведення вагітності при різних формах ПІ.
10. Обсяг лікувальних заходів при ВУІ.
11. Методи профілактики ВУІ.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику ВУІ.
2. Діагностувати клінічні прояви перинатальних інфекцій.
3. Призначати обстеження при підозрі на перинатальні інфекції.
4. Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі ПІ.
5. Планувати тактику ведення вагітності у разі ПІ.
6. Призначати лікування у разі інфекційної патології (виписати рецепти).

III. Базові знання

1. Зібрання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
2. Шляхи поширення інфекції.
3. Класифікація і характеристика мікроорганізмів.
4. Методи діагностики інфекційних захворювань
5. Фармакологічна характеристика лікарських речовин протиінфекційної дії.
6. Заходи для попередження інфекцій.

IV. Зміст навчального матеріалу

Перинатальні інфекції (ПІ) – це інфекції, що можуть передаватися від матері до плода з наступною можливою реалізацією внутрішньоутробної інфекції у несприятливий перебіг та закінчення вагітності, патологію плода та новонародженого. ПІ – це одна з провідних причин перинатальної захворюваності та дитячої смертності. Частота ранньої неонатальної захворюваності та смертності у разі внутрішньоутробної інфекції варіює від 5,3 до 27,4%, а мертвонародженість досягає 16,8%. Уроджена інфекційна патологія у 36-39% випадків є безпосередньою причиною перинатальної смертності.

Необхідно розрізняти терміни “внутрішньоутробне інфікування” і “внутрішньоутробна інфекція”.

Під терміном «внутрішньоутробне інфікування» розуміють факт внутрішньоутробного зараження, і саме проникнення збудників інфекції до плода, але відсутність ознак інфекційного захворювання плода.

Внутрішньоутробна інфекція – це процес поширення інфекційних агентів в організмі плода, що спричиняє морфофункціональні порушення у різних органах та системах, притаманних цьому інфекційному захворюванню, що виникає анте- або інтранатально та проявляється перинатально або після народження дитини.

Інфікування матері не означає інфікування ембріона, плода і захворювання новонародженого, оскільки частота внутрішньоутробного інфікування становить близько 10% усіх вагітностей, а частота клінічно виражених форм внутрішньоутробних інфекцій становить 0,5-1% за своєчасних пологів та 3,5-16% за передчасних.

Фактори ризику внутрішньоутробног інфікування

До групи високого ризику внутрішньоутробного інфікування слід зараховувати жінок з такими факторами ризику:

- вік вагітної та її чоловіка (партнера) 35 та більше років, наявність професійних шкідливих факторів та звичок;
- генетична схильність до захворювань;
- дані соматичного анамнезу (наявність хронічних запальних процесів органів системи сечовиділення, дихальної системи та інших екстрагенітальних захворювань);
- ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів;
- запальні захворювання матки, придатків матки, кольпіти в анамнезі;
- тривала внутрішньоматкова контрацепція;
- неодноразове штучне переривання вагітності;
- штучне переривання вагітності з ускладненим післяабортним періодом;
- самовільне переривання вагітності у різні терміни, вагітність без прогресування;
- вади розвитку та антенатальна загибель плода;
- ускладнений перебіг післяпологового періоду у минулих пологах;
- плацентарна недостатність, хронічний дістрес та (або) синдром затримки розвитку плода (СЗРП);
- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод, аномалії пологової діяльності та відділення посліду, виражений травматизм м'яких тканин пологових шляхів;
- кольпіти та бактеріальний вагіноз, діагностовані під час вагітності;
- хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності під час цієї вагітності;
- багатоводдя, маловоддя або плацентарна недостатність (ПН).

Звертають увагу також на захворювання новонародженого (везикульоз, кон'юнктивіт, пневмонія, синдром дихальних розладів, запальні захворювання головного мозку, гіпотрофія, тимо- та гепатоспленомегалія, сепсис та ін.), наявність у сім'ї дітей-інвалідів з дитинства, з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) або іншими захворюваннями центральної нервової системи різного ступеня тяжкості, з затримкою розвитку.

Класифікація

Залежно від шляху потрапляння збудника інфекції до материнського організму, а далі до ембріона та/або плода розрізняють наступні перинатальні інфекції:

- висхідні;
- гематогенні (трансплацентарний шлях);
- трансцидуальні (трансмуральний шлях);

- нисхідні (через маткові труби);
- інфекції, що передаються через молоко матері;
- інфекції, що передаються через кров та її компоненти;
- госпітальні інфекції;
- змішані (два або більше шляхів інфікування);
- ятрогенні інфекції.

Залежно від збудника: бактеріальні, вірусні, спірохетозні, протозойні, змішані.

Патогенез

Патогенез ВУІ різноманітний і залежить від виду збудника, його взаємодії з ембрионом (плодом), а також від терміну гестації. Можливі наступні наслідки фетальної інфекції: уроджена патологія, антенатальна загибель плода, передчасні пологи, зараження плода під час пологів та ін. (табл. 1).

Таблиця 1. Вплив інфекції на плід (за А. В. Maclean, 1990).

Збудник інфекції	Уроджена патологія	Антенатальна загибель плода	Затримка розвитку плода	Передчасні пологи	Передача інфекції плоду під час пологів
Віруси					
Цитомегаловірус	+	+	+	-	-
Краснухи	+	+	+	?	+
Вірус вітряної віспи	+	Рідко	+	+	
Вірус простого герпеса	Рідко	?	?	+	+
Грипу	?	+		+	+
Коксакі	-	+	+	-	+
Ентеровірус	-	+	-	+	+
Кору	-	+	-	?	-
Епідемічного паротиту	?серцева	-	-	-	-
Парвовірус В 19	Мало вірогідно	+			
Гепатиту В	-	Рідко	-	-	-
Папілломи	-	-	-	+	+
ВІЛ	?	-	?	?	рідко
Бактерії					
Трепонема	+	+	+	-	+
Лістерія	-	+	-	+	+
Мікоплазма	-	-	+	+	+
Хламідія	-	-	?	+	+
Стрептококи групи В	-	-	-	?	+
Найпростіші					
Токсоплазма	+	+	+	+	+
Малярійний плазмодій	-	+	+	+	+

«+» - підтверджено повідомленнями;

«-» - не підтверджено повідомленнями;

«?» - невизначені або неоднозначні виводи;

«рідко» - підтверджено повідомленнями, але даний вплив проявляється рідко.

Клініка

Клінічні прояви та тяжкість перинатальних інфекцій залежать від:

- виду збудника, його вірулентності, специфічності дії, масивності обсіменіння, а також від того, чи є інфекція первинною або хронічною;
- імунного гомеостазу організму жінки;
- стадії інфекційного процесу у вагітної;
- терміну вагітності, в якому відбулося інфікування (табл. 2);
- шляху проникнення збудника до організму вагітної.

Таблиця 2. Клінічні прояви перинатальних інфекцій в різний термін вагітності.

Період гестації	Можливі наслідки інфекції
Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріон- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріона, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу
Інфікування під час пологів	Генералізація інфекції через дихальні шляхи чи стравохід або локалізація інфекції (кон'юнктивіти, вульвіти, стоматити)

Клінічними особливостями ПІ слід вважати спільні ознаки їхнього прояву у матері та плода.

Загальні ознаки ВУІ у матері

1. Поряд із гострою формою, існують стерті, латентні форми захворювання або безсимптомний перебіг захворювання.
2. Клінічні прояви не завжди залежать від типу збудника, його вірулентності, рівня імунологічної реактивності організму.
3. Зараження плода та новонародженого може виникнути внаслідок гострої інфекції матері або внаслідок активації хронічної, персистентної інфекції під час вагітності.
4. Активація персистентної інфекції можлива у випадку будь-якого порушення гомеостазу в організмі вагітної (переохолодження, стрес, респіраторні інфекції).
5. Перенесені інфекції не залишають стійкого імунітету, тому спостерігаються реінфекції, рецидиви.
6. Захворювання, що передаються статевим шляхом, значно збільшують ризик ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С, раку шийки матки.

Загальні ознаки ВУІ у плода.

Подібність проявів залежно від терміну інфікування (див. табл. 2).

Алгоритм обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком

Після оцінювання факторів ризику внутрішньоутробного інфікування формують групи вагітних з високим інфекційним ризиком, які підлягають обстеженню.

Клініко-лабораторне обстеження

Клініко-лабораторне обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком складається зі *стандартних, специфічних та додаткових методів* дослідження.

1. Стандартні методи дослідження

- У разі неускладненого перебігу вагітності до 28 тижнів огляд проводять 1 раз на місяць, з 28-го по 36-й тиждень – 1 раз на 2 тижні., а після 36-го тижня – щотижня (у разі наявності вірусної та/або бактеріальної інфекції спостереження за вагітною проводять частіше, за показаннями). Регулярно визначають масу тіла вагітної, її додаток, висоту дна матки, окружність живота, вимірюють пульс, артеріальний тиск. Після 18-20 тижнів гестації визначають рухливість плода.
 - Визначення групи крові, резус-фактора та титру антитіл, серологічні проби на Р/Л/, HB5 та НСЛ-антигени, аналізи сечі та крові, біохімічні, реологічні дослідження крові вагітних, мікроскопія піхвових мазків, кольпоцитограма, посіви з носу, зіву та цервікального каналу на флору. Дослідження крові вагітної на титр антитіл до фосфоліпідів, оскільки в цій групі пацієнток антифосфоліпідний синдром може бути безпосередньою причиною самовільних викиднів та звичного невиношування.
 - УЗД з плацентометрією та біометрією ембріона та плода необхідно проводити у кінці I триместру, у II триместрі – у терміні гестації 16-22 тижні, а також у III триместрі – в 33 та 36-38 тижнів вагітності.
 - Ультразвукове доплерометричне дослідження системи мати-плацента-плід – з 19-20-го тижня вагітності (за нормальних показників фето- та матково-плацентарного кровообігу повторюють кожні 3-4 тижні, за порушення гемодинаміки – в процесі та одразу після лікування).
 - З 32-33 тижня вагітності призначають КТГ плода, визначають його біофізичний профіль. КТГ обов'язково повторюють у динаміці після курсу лікування хронічного дістресу плода та перед пологами.
2. **Специфічні лабораторні методи обстеження.** Використовують бактеріоскопічні, бактеріологічні, вірусологічні, цитологічні, серологічні та молекулярно-біологічні методи (лігазна ланцюгова реакція, полімеразна ланцюгова реакція).
3. **Додаткові методи дослідження.** Додаткові методи дослідження полягають у біопсії трофобласта та хоріона, кордоцентезі, амніоцентезі, медико-генетичному консультуванні тощо.

Слід досліджувати такі біологічні матеріали.

А. Дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:

- бактеріоскопічне;
- бактеріологічне (якісне і кількісне) у разі наявності бактеріурії;
- вірусологічне.

Б. Дослідження сечі:

- бактеріоскопічне;
- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне;
- біохімічне (визначення нітритів).

Дослідження сечі має на меті виявлення безсимптомної бактеріурії або підтвердження діагнозу маніфестних форм інфекції сечових шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Безсимптомна бактеріурія – наявність в 1 мл середньої порції сечі мікробних збудників у кількості $> 10^5$ (100 000) колоній утворених одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

В. *Дослідження крові на наявність специфічних антитіл.* Частіше за все для дослідження крові використовують серологічні методи. Так, імуноферментним аналізом (ІФА) визначають наявність специфічних антитіл IgM, IgG. Чутливість – 99%, специфічність – 95%. Це необхідно для своєчасного виявлення IgM-антитіл або збільшення сумарної концентрації IgM та IgG.

Для підвищення достовірності результатів реакція в одному зразку матеріалу обов'язково слід проводити з двома видами антисироваток (IgG класів M і G).

У таблиці 3. наведений алгоритм оцінки результатів реакції з TORCH-антигенами.

Таблиця 3. Оцінка результатів реакції з TORCH-антигенами.

IgG	IgM	Оцінка результату
-	+	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
+	-	Стан імунітету після контакту зі збудником інфекції
-	-	Група ризику: <ul style="list-style-type: none"> • немає інфекції; • серонегативний період гострої інфекції; • відсутня імунна відповідь.

Трактування результатів:

- наявність у крові специфічних IgM і відсутність IgG свідчать про наявність ранньої фази захворювання. Наявність IgM-антитіл або збільшення титрів сумарних антитіл у вагітної є показанням для кордоцентеза у терміни від 22 до 32 тиж. гестації і обстеження крові плода за допомогою ІФА. У кожному конкретному випадку рішення залежить від виду збудника, терміну вагітності та інших обставин;
- наявність специфічних антитіл обох класів свідчить про наявність інфекції у пізнішій фазі чи реактивацію латентної інфекції;
- наявність тільки IgG вказує на стан імунітету і не потребує призначення лікування;
- можливе отримання хибнопозитивних результатів дослідження. У таких випадках необхідно проводити дослідження IgM та IgG у динаміці та враховувати зміни їхніх титрів з інтервалом 10-14 днів (обов'язково використовують парні сироватки). Зростання титрів у 4 рази і більше є ознакою наявності інфекції.
- відсутність специфічних антитіл вказує на відсутність інфекції у даний час і в минулому. Це не виключає можливість первинного інфікування під час цієї вагітності.

Враховуючи можливу гіпердіагностику, інфекція має бути верифікована не менше, ніж двома методами (ІФА і ПЛР). Найточнішу інформацію про наявність внутрішньоутробного інфікування та стан внутрішньоутробного «пацієнта» у терміні вагітності з 16-18 до 32 тижнів можна отримати у сучасних акушерських стаціонарах за допомогою бактеріо- та/або вірусологічних досліджень навколоплідних вод (отриманих шляхом трансабдомінального амніоцентеза) та фетальної крові (шляхом кордоцентезу). У навколоплідних водах визначають також рівень а-ФП (відхилення від норми, починаючи з 17-18-го тижня гестації, свідчать про високий ризик перинатальної патології).

У таблиці 4 наведені терміни обстеження жінок специфічними методами, яких слід дотримуватися під час диспансерного нагляду за вагітною. Плюсами відзначені терміни скринінгових обстежень. За показаннями обстежують пацієнток із клінічними ознаками інфекції.

Таблиця 4. Терміни обстеження вагітних.

Інфекція	Терміни обстеження		
	Взяття на облік	27-30 тижнів	36-38 тижнів
ВІЛ	+	+	
Сифіліс	+	+	
Гонорея	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Хламіді	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Трихомоноз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Токсоплазмоз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Цитомегалія	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Гепатит В	+	За показаннями	За показаннями
Гепатит С	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Генітальний герпес	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Краснуха	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Безсимптомна бактеріурія	+	За показаннями	За показаннями
Стрептококи групи В	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Кандидоз	За показаннями	За показаннями	За показаннями
Бактеріальний вагіноз	За показаннями	За показаннями	За показаннями

Примітка: за відсутності IgM і IgG у сироватці крові до токсоплазм та цитомегалії під час постановки на облік вагітних необхідно обстежити й в інші терміни за показаннями.

Показання до обстеження на виявлення ПІ

Показаннями до обстеження на виявлення збудників гонореї, хламідіозу, трихоманозу, кандидозу, бактеріального вагінозу є наявність клінічних ознак вагітності.

Показаннями до обстеження на виявлення вірусу герпеса є наявність характерних висипань.

Показаннями до обстеження на виявлення краснухи є:

- контакт з хворим краснухою за відсутності імунітета до краснухи у вагітної;
- підозра або наявність симптомів захворювання (висипання).

Показаннями до обстеження на виявлення стрептококів В є ситуації:

- безводний період більше 18 годин;
- лихоманка у пологах (більше 38°);
- інфікування старших дітей стрептококами групи В;
- бактеріурія стрептококом групи В.

Тактика лікаря під час ведення вагітності

Рекомендовані наступні підходи до обстеження вагітних, лікування та профілактики наслідків окремих перинатальних інфекцій (табл. 5).

Таблиця 5. Клінічні прояви, значущість інфекцій та тактика лікаря під час ведення вагітності.

Інфекція	Клінічні прояви	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря під час ведення вагітності
1	2	3	4
1. Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід у маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода. Недоношеність. Мала маса новонародженого.	Скринінг усіх вагітних під час постановки на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів у сечі (А). Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) – або

			протягом трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины). Контроль бактеріурії – через 1 місяць
2. Стрептокок групи В	Безсимптомне носійство. Інфекції статевих шляхів. Хоріоамніотит. Післяпологові гнійно-запальні захворювання.	РДС. Сепсис. Менінгіт. Енцефаліт.	Скринінг не проводять (А). За наявності факторів ризику (безводний період у разі доношеної вагітності більше 18 год., лихоманка більше 38°), інфікування стрептококами групи В попередньої дитини, але негативні результати бактеріологічного дослідження під час попередньої вагітності, бактеріурія стрептококом групи В – на початку пологів проводять внутрішньовенне введення 5 млн пеніциліну, потім по 2,5 млн кожні 4 години до народження дитини або напівсинтетичного антибіотика пеніцилінового ряду 2,0, потім 1,0 кожні 6 годин протягом пологів (А). Грудне годування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
3. Хламідіоз	Безсимптомний перебіг (часто). Дизурія. Збільшення виділень із піхви. Передчасні пологи.	Маленька маса новонародженого. Кон'юнктивіт. Пневмонія у перший місяць життя.	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак хламідіозу, ІПСШ). Лікування після 14 тижнів вагітності антибіотиком – макролідом. Грудне годування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
4. Гонорея	Рясні виділення з піхви. Дизурія. Передчасне виливання навколоплідних вод. Передчасні пологи.	Загибель плода у різні терміни вагітності. Гонобленорея. Сепсис.	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність клінічних проявів гонореї, ІПСШ). Лікування вагітної антибіотиками спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
5. Сифіліс	Твердий шанкр, регіонарний склераденіт, папульозне висипання на тулубі, кінцівках, слизових оболонках, геніталіях, лімфаденопатія.	Мертво народження. Ранній уроджений сифіліс. Пізній уроджений сифіліс.	Скринінг усіх вагітних (А) – під час постановки на облік та в 28-30 тижнів вагітності. Лікування проводять спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
6. ВІЛ-інфекція	Різні клінічні прояви – від безсимптомного перебігу до розгорнутої клінічної картини СНІДу	Затримка росту плода. Уроджені аномалії розвитку. У 20-40% випадків плід/ новонароджений інфікується (у випадку відсутності профілактики)	Скринінг усіх вагітних за добровільною згодою під час постановки на облік та в 27-28 тижнів вагітності (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 528. Грудне вигодовування не

			рекомендується. Ізоляція породіллі не потрібна.
7. Токсоплазмоз	Безсимптомний перебіг. Лімфаденопатія. Міальгія. Самовільні викидні (у випадку первинного інфікування).	Затримка росту плода. Гепатоспленомегалія Розсіяні внутрішньомозкові кальцинати. Хоріоретиніт. Судоми.	Скринінг не проводять (А). Обстеження за наявності клінічних ознак. Лікування не проводять. Профілактика: не використовувати в їжу м'ясо без температурної обробки, виключити контакти з котами, під час роботи з ґрунтом використовувати рукавички. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
8. Краснуха	Захворювання зазвичай легкого перебігу (висипання, артралгії, лімфаденопатія).	Уроджені вади розвитку (у випадку інфікування вагітної у перші 16 тижнів вагітності). Маленька маса тіла під час народження. Гепатоспленомегалія Менінгоенцефаліт	Скринінг під час вагітності не проводять. Обстеження за показаннями (наявність захворювання, що супроводжується висипаннями, або контакт вагітної, що не має імунітету до краснухи, з хворими краснухою). Діагностика на основі серологічних тестів. Якщо інфекція виявляється у перші 16 тижнів вагітності, рекомендується переривання вагітності. Лікування симптоматичне. Необхідна ізоляція. Грудне вигодовування не протипоказане. Н. В! Усі жінки репродуктивного віку, що планують вагітність, мають бути тестовані на наявність антитіл до краснухи (А). Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією протягом трьох місяців.
9. Генітальний герпес	У 60% бессимптомний перебіг, у 20% - типові клінічні ознаки захворювання.		Скринінг не проводять (А). Обстеження за показаннями – типове висипання на зовнішніх статевих органах.
- первинна інфекція	Висока вірусемія, лихоманка, нездужання, м'язові та суглобові болі. Головний біль. Локальна симптоматика: болючі пухирцеві елементи на вульві, у пахових складках, на шкірі промежини, слизовій оболонці піхви, уретри, шийки матки, місцева аденопатія. На перебіг вагітності не впливає.	Внутрішньоутробне інфікування трапляється рідко. Ризик інтранатального інфікування – 50%. Третина інфікованих дітей помирає. У більшості тих, хто вижив, спостерігаються неврологічні розлади, глухота, герпетичне ураження шкіри, вірусний сепсис, енцефаліт.	Лікування противірусними препаратами не проводять (за винятком однозначних показань з боку матері). Якщо інфікування виникло протягом 1 місяця – розродження шляхом кесарева розтину. Якщо більше 1 місяця – пологи через природні статеві шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.

<p>10.Цитомегало-вірусна (ЦМВ) інфекція</p>	<p>Гостра інфекція найчастіше має субклінічний перебіг і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має.</p>	<p>Затримка росту плода Уроджені аномалії розвитку. За первинної інфекції у матері плід інфікується у 30-50% випадків. Клінічні симптоми (жовтяниця, пневмонія, гепатоспленомегалія) є у 5-10% інфікованих новонароджених, з них 11-20% помирає, 10% мають пізні прояви захворювання -сліпота, глухота, енцефалопатія; 5%-порушення розумового та фізичного розвитку.</p>	<p>Скринінг та лікування вагітних не проводять(А). Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.</p>
<p>11.Вітряна віспа</p>	<p>Часто тяжкий перебіг захворювання. Лихоманка, везикульозний висип, головний біль, пневмонія (20%), енцефаліт (рідко).</p>	<p>Частота трансмісії - до 1%. Уроджена вітряна віспа виникає у разі інфікування до 20 тижнів та проявляється: малою масою, рубцями на шкірі, порушеннями скелету, неврологічними розладами (розумова відсталість, глухота, параліч та атрофія кінцівок), аномалії очей. У новонароджених клінічні прояви спостерігаються, якщо мати інфікується перед пологами</p>	<p>Скринінгу не існує. Вагітна з тяжкою інфекцією потребує лікарняного догляду та лікування. Лікування проводять ацикловіром по 200 мг 5 разів у день усередину 7-м діб (у разі вкрай тяжкого перебігу інфекції - ацикловір внутрішньовенно). Жінка впродовж 5 діб після останнього висипу є контагіозною і потребує ізоляції. Грудне вигодовування не протипоказане за винятком гострого періоду (С).</p>
<p>12. Гепатит В</p>	<p>Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї Головною загрозою для життя вагітних є маткова кровотеча.</p>	<p>Реальна загроза розвитку гострого внутрішньоутробного гепатиту В, хронічного ураження печінки.</p>	<p>Скринінг проводять під час взяття на облік (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна</p>

13. Гепатит С	Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї. Часто має безсимптомний перебіг, прогресує повільно і закінчується цирозом печінки або гепатоцелюлярною карциномою	Носійство вірусу гепатиту С.	Скринінг не проводять. Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
14. Лістеріоз	Безсимптомний перебіг, катаральні симптоми, менінгіт (рідко). Самовільні викидні. Передчасні пологи.	Ранній прояв інфекції у новонародженого - сепсис (в перші 3 доби), пізній - менінгіт.	Скринінг не проводять. Лікування антибіотиками пеніцилінового ряду. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
15. Кандидоз	Свербіж, печіння вульви, густі білі, сироподібні або рідкі виділення з піхви.	Для плода і новонародженого інфекція безпечна.	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагітності). Лікування проводять протигрибковими препаратами місцевого застосування лише за наявності скарг у вагітної.
16. Трихомоніаз	Має перебіг у формі гострого, підгострого і хронічного запального процесу зовнішніх статевих органів	Для плода і новонародженого інфекція безпечна	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагітності). Лікування проводять препаратами групи імідазолу: у першому триместрі - місцево, пізніше – перорально
17. Бактеріальний вагіноз	Виділення з піхви, часто зі специфічним риб'ячим запахом. Передчасні пологи.	Мала маса новонародженого	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність скарг). Лікування проводять кліндамицином або препаратами групи імідазолу: у першому триместрі - місцево, пізніше - перорально.

Поінформованість лікарів первинної ланки (сімейні лікарі та лікарі жіночих консультацій), їх постійна дбайливість та організація діагностичних центрів дадуть змогу своєчасно виявити та обстежити жінок з групи ризику ВУІ ще до настання вагітності. Діагностика та лікування перинатальних інфекцій є одним з провідних завдань прегравідарної підготовки. Такий підхід слід вважати правильним, оскільки навіть раннє звернення вагітних групи високого інфекційного ризику до підготовлених спеціалістів, дотримання алгоритму обстеження, не завжди дозволяють своєчасно діагностувати та вилікувати інфекційні захворювання. Наступне прогнозування ускладнень у матері та плода, проведення профілактичних та лікувальних заходів, на жаль, дуже часто закінчуються трагічно. Прегравідарна підготовка та ретельне лікування інфекцій до майбутньої вагітності у майбутніх батьків сприятиме реальному зменшенню рівнів материнської, перинатальної та дитячої захворюваності та смертності.

Таким чином, ризик перинатальної патології у вагітних з вірусною та/або бактеріальною інфекцією оцінюють за даними анамнезу, фізикального та лабораторного дослідження.

Раннє звернення вагітних з групи високого інфекційного ризику до сучасних акушерських центрів, дотримання алгоритму обстеження дає можливість своєчасно діагностувати інфекційні захворювання та прогнозувати можливі ускладнення у матері та плода, проводити профілактичні та лікувальні заходи. Це сприятиме реальному зниженню рівнів материнської, перинатальної та дитячої захворюваності та смертності.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня базових та основних знань шляхом відповідей студентів на контрольні запитання.

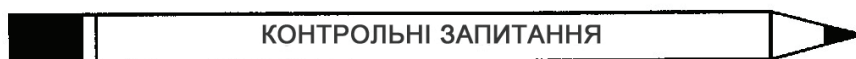
Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділі патології вагітності, кабінеті ультразвукової діагностики. Інтерпретація результатів лабораторних досліджень, виписування рецептів.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язання задач, усних виступів студентів про виконану роботу, зауваження щодо проведення заняття з оцінкою знань студентів, питання деонтології, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

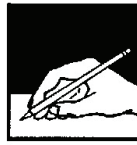
Місце проведення заняття: навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологовий блок, обсерваційне відділення, кабінет ультразвукової діагностики.

Оснащення: таблиці, муляжі, протоколи УЗД та фотографії, історії пологів, слайди, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення понять «перинатальні інфекції» (ПІ), «внутрішньоутробне інфікування», «внутрішньоутробна інфекція» (ВУІ)?
2. Які фактори ризику ВУІ?
3. Яка класифікацію перинатальних інфекцій?
4. Який патогенез впливу ПІ на плід?
5. Які клінічні прояви перинатальних інфекцій?
6. Які стандартні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком?
7. Які специфічні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком?
8. Які показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ?
9. Яка тактику ведення вагітності при різних формах ПІ?
10. Який обсяг лікувальних заходів при ВУІ?
11. Які наслідки перинатального інфікування?
12. Які методи профілактики ВУІ?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез у вагітної.
2. Оцінити фактори ризику ВУІ.
3. Діагностувати клінічні прояви перинатальних інфекцій (у конкретної вагітної або за даними історії вагітності).
4. Призначити додаткове обстеження при підозрі на перинатальні інфекції.
5. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень у разі ПІ.
6. Планувати тактику ведення вагітності у разі ПІ (у конкретної вагітної або за даними історії вагітності).
7. Призначити лікування у разі інфекційної патології (виписати рецепти).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У жіночу консультацію звернулася вагітна жінка з метою постановки на диспансерний облік. Встановлено, що ця вагітна належить до групи високого інфекційного ризику.



Перерахуйте клініко-лабораторні обстеження, які має застосувати лікар.



Призначаються стандартні, специфічні (бактеріологічні, вірусологічні, цитологічні, молекулярно-біологічні), у разі необхідності - додаткові (біопсія хоріону тощо)

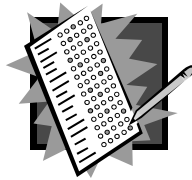
2. До жіночої консультації звернулася пацієнтка С., 28 років, із скаргами на виділення із статевих шляхів неприємного запаху, світло-жовтого кольору, затримку місячних. Із анамнезу – статеве життя регулярне із 16 років, вагітності не запобігала. У зв'язку з відсутністю вагітностей пройшла обстеження. Виявлено хламідії в культурі клітин і методом ПЦР. Під час звернення встановлено термін вагітності 6-7 тижнів.



Яка тактика лікаря? Який вплив інфекції на плід?



Скринінг не проводять. Лікування після 14 тижнів вагітності макролідами. Ризик для плода – гіпотрофія, для новонародженого – кон'юнктивіт, пневмонія.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 22 років в терміні 34 тижні. На протязі вагітності 4 рази (в 10, 18, 26, 30 тижнів) діагностований кандидозний вагініт. Отримувала місцеве лікування. На час огляду патології з боку вагітної і плода не виявлено.



Який ризик для плода і новонародженого несе кандидоз у вагітної?



- A. Аномалії розвитку плода.
- B. Кон'юнктивіт новонародженого
- C. Інфікування сечових шляхів плода
- D. Інфекція для плода безпечна*

3. Вагітна 22 років в терміні 15 тижнів. При обстеженні в жіночій консультації виявлені антитіла типа IgM до цитомегаловірусу у високому титрі. Антитіла типа IgG відсутні.



Яка оцінка результату дослідження?



- A. Рання фаза гострої інфекції*
- B. Загострення хронічної інфекції
- C. Стан імунітету після контакту із збудником
- D. Немає інфекції

Тема 10. ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ. ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Затримка росту плода (ЗРП) - ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності (ПН) і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності. Плацентарна недостатність та затримка росту плода супроводжується підвищеною частотою перинатальної захворюваності та смертності, тому знання сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при ПН та ЗРП є базисом для запобігання багаточисельних ускладнень з боку дитини в постнатальному періоді та у подальшому житті.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студенти повинні знати:

1. Поняття терміну «плацентарна недостатність».
2. Класифікацію плацентарної недостатності (ПН).
3. Фактори ризику розвитку ПН.
4. Патогенез ПН.
5. Клінічні прояви ПН.
6. Методи діагностики ПН
7. Методи лікування ПН.
8. Поняття термінів «малий для гестаційного віку плід» та «затримка росту плода»
9. Причини розвитку ЗРП
10. Фактори ризику ЗРП
11. Методи діагностики ЗРП
12. Форми ЗРП
13. Алгоритм ведення вагітності та пологів при ЗРП

У результаті практичного заняття студент повинен вміти:

1. Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку ПН у вагітної.
2. Оцінити клінічні прояви ПН у вагітної.
3. Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.
4. Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.
5. Скласти план обстеження стану плода.
6. Класифікувати ПН за перебігом та станом захистно-приспосувальних реакцій.
7. Призначити лікування ПН.
8. Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) строку вагітності за стандартною гравідограмою.
9. Оцінити результати ультразвукової фетометрії.
10. Визначити ступінь ЗРП.
11. Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.
12. Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.
13. Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплерометрії кровообігу у артерії пуповини.
14. Визначити тактику ведення вагітності при ЗРП
15. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с ЗРП.

III. Базові знання

1. Основні поняття про періоди розвитку плода.
2. Будову, функції та періоди розвитку плаценти.
3. Основні поняття про фізіологію плодово-плацентарного кровообігу.

4. Поняття про трофічні розлади у плода та новонародженого (нормо-, гіпотрофія та гіпертрофія).
5. Поняття про біометричні дослідження у вагітних.
6. Поняття про ультразвукове дослідження.

IV. Зміст навчального матеріалу

ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ

Плацентарна недостатність (ПН) – неспецифічний синдром, який розвивається при ускладненнях вагітності і характеризується комплексом функціональних і морфологічних змін в плаценті з порушенням росту і розвитку плода.

Класифікація

З урахуванням часу початку по відношенню до терміну формування плаценти:

- *первинна ПН* - розвивається в ранні терміни вагітності (до 16 тижнів), часто співпадає з вадами та припиненням розвитку плода;
- *вторинна ПН* - розвивається після 16 тижнів вже при сформованій плаценті, є основною причиною затримки розвитку плода.

За перебігом:

- *Гостра ПН* - виникає в будь-який термін вагітності і проявляється порушенням газообміну плаценти, що, в свою чергу, призводить до дистресу плода. В розвитку гострої ПН основна роль відводиться порушенням матково-плацентарного та фето-плацентарного кровообігу.
- *Хронічна ПН* - має тривалий перебіг, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода.

В залежності від стану захистно-приспосувальних реакцій :

- *Відносна ПН (компенсована, субкомпенсована)* – компенсаторні реакції в плаценті збережені, є можливість проводити лікування;
- *Абсолютна (некомпенсована, критична)* – виснаження компенсаторних механізмів, виникає затримка росту і дистрес плода, може статися загибель плода.

Фактори ризику ПН:

- вік молодше 17 років і старше 35;
- неблагоприємні соціально-побутові умови (недостатнє харчування);
- токсична і радіаційна дія зовнішнього середовища;
- шкідливі звички (паління, алкоголізм, наркоманія);
- інфекційні захворювання (TORCH-інфекції);
- екстрагенітальні захворювання (нейроендокринні порушення, гіпертензія, захворювання нирок тощо);
- гінекологічні захворювання (пухлини матки, хронічні запалення ендометрію);
- неблагоприємний акушерсько-гінекологічний анамнез;
- ускладнення вагітності (ранній гестоз, загроза переривання вагітності, багатопліддя, прееклампсія, анемія тощо)

Перераховані фактори, насамперед, призводять до порушень матково-плацентарного, а далі до фетоплацентарного кровообігу, розвиваються незворотні морфологічні процеси і порушуються основні функції плаценти.

Патогенез

В розвитку ПН слід відмітити декілька взаємопов'язаних патогенетичних факторів:

- недостатність інвазії цитотрофобласта;
- патологічні зміни матково-плацентарного кровообігу (МПК);

- порушення фетоплацентарного кровообігу (ФПК);
- незрілість ворсинчастого дерева;
- зниження захистно-приспосувальних реакцій;
- ураження плацентарного бар'єра.

Порушення МПК характеризується наступними важливими факторами:

- зниженням притоку до міжворсинчатого простору;
- ускладненням відтоку з міжворсинчатого простору;
- змінами реологічних і коагуляційних властивостей крові;
- розладами капілярного кровотоку в ворсинах хоріону.

Порушення відтоку і притоку крові викликає різке зниження гемоциркуляції у міжворсинчатому просторі із зменшенням газообміну між кров'ю матері і плода.

Патологічні зміни, які відбуваються при плацентарній недостатності, призводять до:

- зменшення матково-плацентарного кровотоку;
- зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода;
- зниження газообміну і метаболізму у фетоплацентарному комплексі;
- порушення процесів дозрівання плаценти;
- зниження синтезу і виникнення дисбалансу гормонів плаценти.

Всі ці зміни подавляють компенсаторно-приспосувальні можливості системи мати-плацента-плід, затримують ріст і розвиток плода, обумовлюють ускладнений перебіг вагітності і пологів.

Клінічна картина

Клінічними проявами первинної ПН є загроза переривання вагітності.

Гостра ПН проявляється гіпоксією плода у зв'язку з порушенням дихальної і транспортної функції плаценти (передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти, передлежання плаценти).

Найбільш характерна ознака хронічної ПН є затримка розвитку плода. Крім того, проявами хронічної ПН є дистрес плода, загроза передчасного переривання вагітності, переносування вагітності, багато- і маловоддя.

Діагностика

Діагностика ПН часто співпадає з діагностикою затримки розвитку та дистресу плода (див. відповідні розділи).

Треба врахувати також данні анамнезу, наявність факторів ризику.

До методів, які безпосередньо визначають порушення функції плаценти, відносять:

1. Визначення рівня гормонів. Ознакою ПН є зниження синтезу гормонів плаценти – естрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену.
2. Ультразвукове сканування дозволяє оцінити товщину і структуру плаценти, ступінь її зрілості.
3. Доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

Лікування

Лікування передбачає вплив на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію. *Лікуванню підлягає тільки відносна (компенсована) форма ПН.* Акушерська тактика при декомпенсованій ПН і розвитку ЗРП надана нижче.

Медикаментозна терапія ПН повинна бути спрямована на:

- покращення МПК і ФПК;
- інтенсифікацію газообміну;
- корекцію реологічних і коагуляційних відхилень крові;

- ліквідацію гіповолемії і гіпопротеїнемії;
- нормалізацію судинного тонуусу і скоротливої активності матки;
- підвищення антиоксидантного захисту;
- оптимізацію метаболічних і обмінних процесів.

Для нормалізації тонуусу м'язу матки використовують бета-міметики (гініпрал, бриканіл).

Для нормалізації реологічних і коагуляційних якостей крові застосовують: трентал (2% розчин 5 мл на 500 мл 5% розчину глюкози, в/в, крапельно або по 0,1 г 3 рази на добу перорально на протязі 4-5 тижнів), або аспірин (з початковою дозою 300 мг на добу і поступовим її зниженням до 60 мг), або фраксіпарин (по 0,3 мл щоденно на протязі 14-30 днів).

З метою нормалізації метаболізму в плаценті застосовують комплекс вітамінів та ферментів (фолієва кислота по 0,001 г 3 рази на добу, глютамінова кислота по 0,5 г 3 рази на добу, кокарбоксілаза по 0,1 г в/м, вобензим по 3 табл 3 рази на добу).

Для нормалізації структурно-функціональних якостей клітинних мембран рекомендовані антиоксиданти (токоферолу ацетат по 600 мг на добу, солкосеріл по 2 мл в/м, актовегін по 250 мл 10% розчину для інфузій в/в або по 1-2 драже 3 рази на день); мембраностабілізатори (ліпостабіл по 2 капсули 3 рази на день, есенціале форте по 2 капсули 3 рази на день).

Під час лікування проводять постійний нагляд за станом плода згідно наданій інформації в розділі, присвяченому ЗРП.

ЗАТРИМКА РОЗВИТКУ ПЛОДА (ЗРП)

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ. Тільки 10 % дітей з найнижчою масою відносяться до плодів, малих для гестаційного віку. Чим нижча перцентиль для визначення МГВ, тим більша імовірність затримки росту плода. При цьому низька маса плода не обов'язково пов'язана з затримкою його росту.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) - рис. 1 та табл. 1.

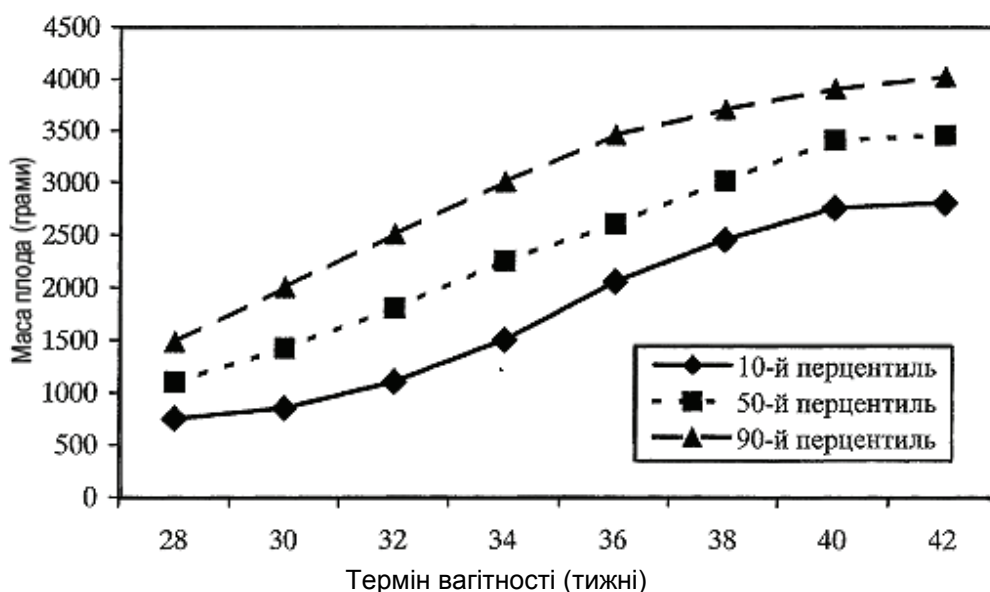


Рис. 1. Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності.

Примітка. 10 перцентиль та менше відповідає малим для гестаційного віку плодам; 50 перцентиль - середнім (нормальним) за масою плодам; 90 перцентиль та більше - великим для гестаційного віку плодам (імовірність крупного плода).

Таблиця 1. Центильна оцінка фізичного розвитку новонародженого.

Довжина тіла, см	Значення перцентилей маси тіла, г		
	P ₁₀	P ₅₀	90
Недоношений новонароджений			
34	898	1041	1205
35	1038	1199	1370
36	1178	1349	1526
37	1300	1483	1662
38	1403	1600	1791
39	1523	1737	1936
40	1645	1871	2072
41	1762	2008	2219
42	1885	2149	2359
43	2002	2289	2488
44	2131	2430	2627
45	2236	2552	2761
46	2325	2657	2893
Доношений новонароджений			
47	2500	2720	3070
48	2620	2880	3220
49	2750	3050	3410
50	2890	3220	3600
51	3030	3380	3780
52	3150	3530	3960
53	3270	3670	4120
54	3380	3800	4280
55	3450	3930	4460
56	3520	4040	4640
57	3550	4150	4840

Класифікація

Виділяють дві форми ЗРП:

1) симетрична - маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах;

2) асиметрична - зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційні розміри різних органів плода.

Фактори ризику ЗРП:

1. Медичні:

- хронічна артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;
- системні захворювання сполучної тканини;
- тромбофілії;
- захворювання нирок;
- прееклампсія вагітних;
- багатоплідна вагітність;
- крововтрата під час вагітності;
- аномалії пуповини та розташування плаценти;
- перинатальні інфекції;

- ЗРП в анамнезі;
- хромосомні та генетичні порушення;
- медикаменти (варфарин, фенітоїн).

2. Соціально-економічні:

- недостатнє харчування;
- тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків;
- забруднення навколишнього середовища;
- професійні шкідливості.

Діагностика

Біометричні методи:

- **визначення висоти стояння дна матки (ВДМ)** у II - III триместрах вагітності на основі гравідограми (рис. 2).

В нормі до 30 тижня приріст ВДМ складає 0,7 - 1,9 см на тиждень; в 30 - 36 тиж. - 0,6 - 1,2 см на тиж.; 36 і більше - 0,1 - 0,4 см. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту протягом 2 - 3 тиж. при динамічному спостереженні дає підставу запідозрити ЗРП;

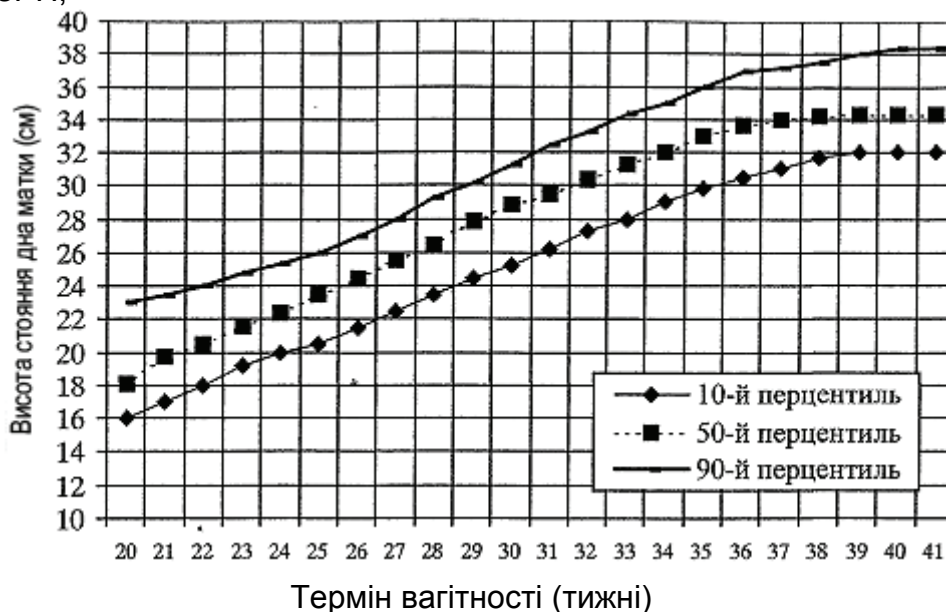


Рис. 2. Гравідограма.

- **ультразвукова фетометрія** включає визначення розмірів голівки, окружності живота та довжини стегна. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована (передбачувана) маса плода.

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

- I ступінь - відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- II ступінь - відставання на 3 - 4 тижні від гестаційного терміну;
- III - відставання більше ніж на 4 тижні.

Фетометрія є інформативною з 20 тижня вагітності (А).

Моніторинг стану плода (див. тему «Дистрес плода»).

Для діагностики функціонального стану плода використовуються наступні біофізичні методи:

- **біофізичний профіль плода (БПП)** - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (див. тему «Дистрес плода»)
- **модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини.
- **доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини** (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) **(А)**.

Лише дані комплексного динамічного спостереження і, в першу чергу, акушерська ситуація дають можливість встановити діагноз та сформувати план ведення.

Тактика ведення вагітності з ЗРП

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:
 - 2.1. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.
 - 2.2. Госпіталізація вагітної акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється за умови наявності наступних результатів дослідження БПП і/або доплерометрії кровотоку:
 - патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);
 - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5 - 6 б.);
 - сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;
 - критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).
 - 2.3. При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:
 - за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП та дистресу плода (А), ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження (А).

3. Погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або реверсного кровотоку в артеріях пуповини) у терміні після 30 тижнів є показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину. У термін до 30 тижнів вагітності, зважаючи на глибоку функціональну незрілість плода, велику імовірність перинатальних втрат, питання про спосіб розродження вирішується індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної.

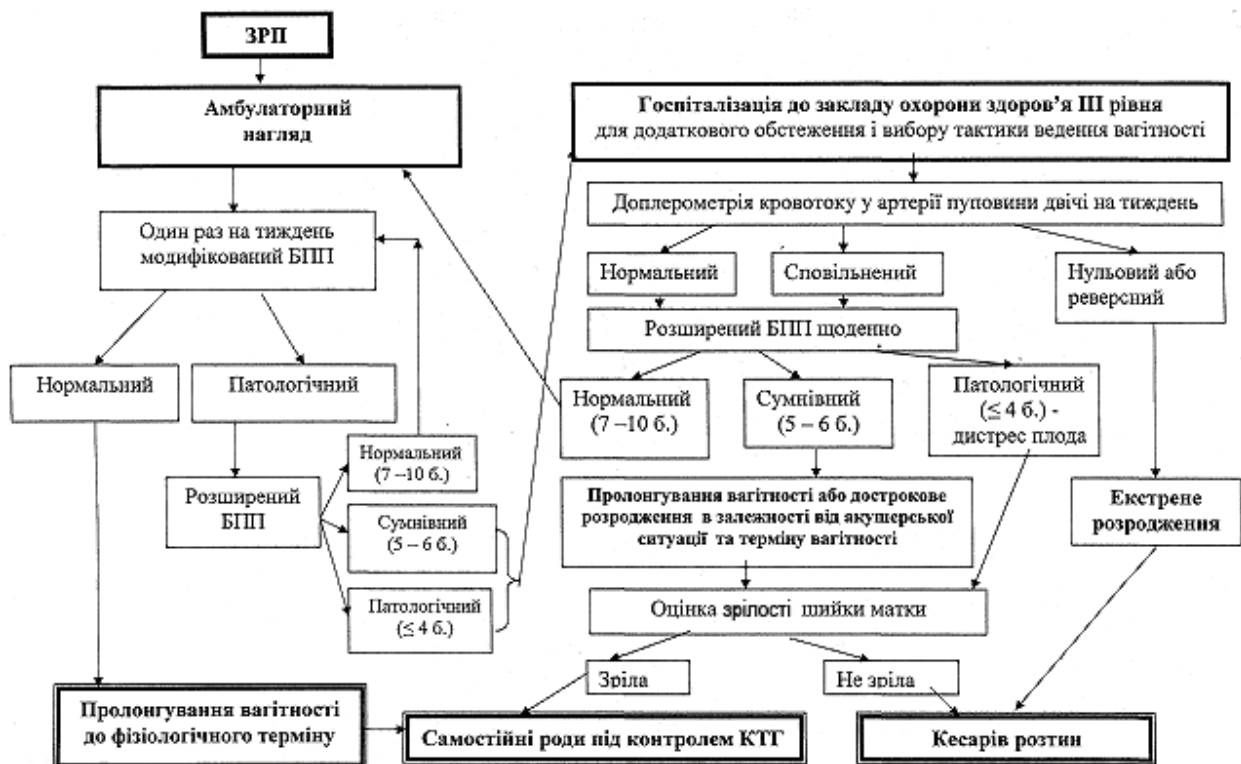


Рис. 3 Алгоритм акушерської тактики при ЗРП.

Тактика ведення пологів

1. Розродження **через природні пологові шляхи** проводять (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному або сповільненому кровотоці у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 б. і нижче).
2. Показанням для розродження **шляхом кесаревого розтину** є:
 - критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний) - екстремне дострокове розродження треба проводити незалежно від терміну вагітності;
 - гострий дистрес плода (брадікардія менше 100 уд/хв. та патологічні децелерації ЧСС) незалежно від типу кровотоку (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;
 - патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.
2. Дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування.
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітних (жіночій консультації) та у кабінеті функціональної діагностики плода. Після отримання завдання для самостійної роботи студенти під керівництвом

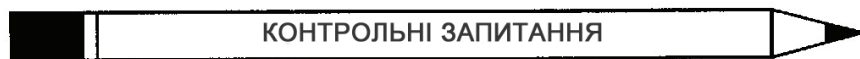
викладача проводять визначення факторів ризику ПН та ЗРП у вагітних, вимірюють висоту стояння дна матки та проводять обчислення передбачуваної маси плода, визначають діагностичний для ЗРП 10-центильний інтервал ваго-ростових параметрів плода до терміну вагітності. Студенти проводять оцінку функціонального стану плаценти та плода за даними гормональних обстежень, кардіотокографії, біофізичного профілю плода та доплерометрії кровотоку у артерії пуповини, які надаються викладачем, або, при наявності вагітних з ЗРП, аналізуються безпосередньо у вагітної.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу, звіт студентів про виконання завдань, розв'язування ситуаційних задач. Узагальнення викладача, оцінка роботи студентів, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

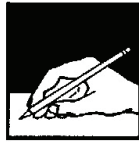
Місце проведення – навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «плацентарна недостатність»?
2. Яка класифікація плацентарної недостатності (ПН)?
3. Які фактори ризику розвитку ПН?
4. Який патогенез ПН?
5. Які клінічні прояви ПН?
6. Які методи діагностики ПН?
7. Які методи лікування ПН?
8. Яке визначення понять «малий для гестаційного віку плід» та «затримка росту плода»?
9. Які причини розвитку ЗРП?
10. Які фактори ризику ЗРП?
11. Які методи діагностики ЗРП?
12. Які форми ЗРП?
13. Який алгоритм ведення вагітності при ЗРП?
14. Який алгоритм ведення пологів при ЗРП?
15. Які методи профілактики плацентарної недостатності та ЗРП?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез та оцінити фактори ризику розвитку ПН у вагітної.
2. Оцінити клінічні прояви ПН у вагітної.
3. Оцінити результати ультразвукового обстеження плаценти.
4. Оцінити результати гормонального обстеження функції плаценти.
5. Скласти план обстеження стану плода.
6. Класифікувати ПН за перебігом та станом захистно-приспосувальних реакцій.
7. Призначити лікування ПН.
8. Оцінити відповідність висоти дна матки (ВДМ) строку вагітності за стандартною гравідограмою.
9. Оцінити результати ультразвукової фетометрії.
10. Визначити ступінь ЗРП.
11. Провести оцінку функціонального стану плода за даними кардіотокографії.
12. Провести оцінку функціонального стану плода за даними його біофізичного профілю.
13. Провести оцінку функціонального стану плода за даними доплерометрії кровообігу у артерії пуповини.
14. Визначити тактику ведення вагітності при ЗРП
15. Визначити показання для оперативного розродження вагітної



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Юна вагітна 16 років, термін вагітності 34 тижні, положення плода позадвожнє, головне передлежання. Палить з 14 років, на протязі вагітності не припиняла тютюнопаління. Загроза переривання вагітності в 15 та 22 тижні вагітності. При огляді в жіночій консультації запідозрена плацентарна недостатність.



Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?



Визначення рівня гормонів плаценти (етрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену); ультразвукове сканування плаценти, доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

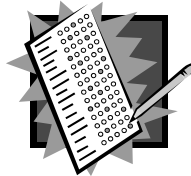
2. Вагітна 24 років, термін вагітності 36 тижнів. Обтяжений перебіг вагітності: загроза переривання в 16 тижнів, залізодефіцитна анемія I ступеня, прееклампсія середнього ступеня важкості. При обстеженні стану плода встановлено: відставання показників фотометрії на 3 тижні, БПП – 6 балів, реверсний кровоток в артерії пуповини на доплерограмі.



Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?



Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин..



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 23 років, термін вагітності 34 тижні. З дитинства хворіє на цукровий діабет I типу. При взятті на облік в жіночій консультації консиліум лікарів дозволив виношувати вагітність. При черговому обстеженні встановлена плацентарна недостатність.



Яка форма плацентарної недостатності розвинулась у вагітної?



- A. Первинна
- B. Вторинна*
- C. Гостра
- D. Підгостра

2. В жіночу консультацію звернулась вагітна 38 років в терміні 39 тижнів. Обтяжений акушерський анамнез – самовільні викидні при вагітності строком 6, 11, 20 тижнів. Страждає на бронхіальну астму з 35 років. Тиждень тому у жіночій консультації відмічена невідповідність розмірів матки строку вагітності. Рухи плода мало виражені, серцебиття приглушене.



Які методи дослідження **недоцільно** проводити в даному випадку?



- A. КТГ плода
- B. ЕКГ вагітної*
- C. Біофізичний профіль плода
- D. Доплерографія плацентарного кровотоку

Тема 11. ДИСТРЕС ПЛОДА ПРИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Кінцевою метою усякої вагітності є народження здорової дитини. Захворювання та патологічні стани матері при вагітності та під час пологів, акушерські ускладнення супроводжуються погіршенням функціонального стану плода, які у теперішній час позначають терміном “дистрес плода”. Дистрес плода займає одне з провідних місць серед причин перинатальної захворюваності і смертності, приводить до важких наслідків з боку ЦНС та інших органів в постнатальному періоді та у подальшому житті дитини.

Оскільки ефективних методів лікування дистресу плода не існує, то важливе значення надається знанням сучасних методів діагностики та алгоритму ведення вагітності та пологів при дистресі плода для прийняття своєчасних заходів щодо запобігання важких гіпоксичних уражень плода.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен повинні знати:

1. Поняття термінів «дистрес плода» та «гіпоксія плода».
2. Причини та фактори ризику розвитку дистресу плода.
3. Методи діагностики дистресу плода.
4. Алгоритм ведення вагітності при дистресі плода.
5. Алгоритм ведення пологів при дистресі плода.
6. Профілактику дистресу плода.

У результаті практичного заняття студент повинен вміти:

1. Провести аускультацию серцебиття плода при вагітності та оцінити її результати.
2. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними кардіотокографії.
3. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.
4. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними доплерометрії кровотоку у артерії пуповини при вагітності.
5. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускультативної та кардіотокографії у пологах;
6. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок мезонію.
7. Визначити тактику ведення вагітності у пацієнтку з дистресом плода.
8. Визначити показання для оперативного розродження вагітних з дистресом плода.

III. Базові знання

1. Основні поняття про параметри функціонального стану плода (частота серцевих скорочень, рухлива поведінка плода, кількість навколоплідних вод).
2. Поняття про гіпоксію, її патогенез та методи дослідження кисневої недостатності.
3. Поняття про ультразвукове дослідження та доплерометрію кровотоку у судинах.
4. Основні поняття про фізіологію плодово-плацентарного кровообігу.

IV. Зміст навчального матеріалу

Терміни “хронічна гіпоксія плода” та “гостра гіпоксія плода” не є клінічними, оскільки для діагностики цих станів у рутинній лікарській практиці не використовуються показники кисневого забезпечення плода (метаболічний ацидоз). Справжні причини порушень серцевої діяльності плода, його біофізичного профілю та пуповинного

кровотоку встановити за допомогою сучасних неінвазивних методів дослідження неможливо. Тому усі порушення функціонального стану плода у теперішній час позначають терміном “дистрес плода”.

Поняття “хронічна гіпоксія плода” (компенсована, субкомпенсована і декомпенсована), “гостра гіпоксія”, “загроза гіпоксії або асфіксії” не застосовуються.

Порушення стану плода під час вагітності і в пологах виникає на фоні різних ускладнень як з боку вагітної, так і фетоплацентарного комплексу. Виділяють чотири основні групи факторів, що можуть викликати дистрес плода.

Фактори ризику дистресу плода

1. Патологічні стани, що приводять до порушення транспорту кисню до матки:
 - Порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна та легенева патологія, генералізовані ангіопатії при цукровому діабеті, інфекційні захворювання, вплив шкідливих факторів середовища та шкідливих звичок);
 - Гемічна гіпоксія у матері (анемія вагітних);
 - Циркуляторні порушення у матері (гіпотензія, гіпертонічні розлади при вагітності, прееклампсія).
2. Патологічні стани, що порушують обмін кисню між маткою і плацентою:
 - Патологічні зміни спіральних артеріол як наслідок перенесених до вагітності запальних захворювань ендометрію та абортів;
 - Окклюзивні ураження спіральних артеріол у наслідок мікротробозів, периферичного вазоспазму (прееклампсія, переношування);
 - Аномалії пологової діяльності.
3. Власно плацентарні фактори:
 - Порушення розвитку і дозрівання плаценти (ангіоми, кісти плаценти, двочасткова плацента тощо)
4. Патологічні стани плода і пуповини:
 - Порушення пупкового кровообігу (обвиття та вузли пуповини)
 - Захворювання плода (гемолітична хвороба плода, вади розвитку тощо).

Дистрес плода під час вагітності

Діагностика

Для діагностики дистресу плода при вагітності використовуються наступні методи:

1. **Аускультация серцевої діяльності** (з 20 тижнів вагітності) – визначення частоти серцевих скорочень плода за одну хвилину:
 - фізіологічний норматив – 110-170 уд/хв
 - частота серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв свідчить про дистрес плода.
2. **Біофізичний профіль плода (БПП)** (з 30 тижнів вагітності) - оцінюється сума балів окремих біофізичних параметрів (дихальні рухи плода, тонус плода, рухова активність плода, реактивність серцевої діяльності плода на нестресовий тест (НСТ), об'єм навколоплодових вод) (див.таблицю 1) (С)

Таблиця 1. Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода.

Параметри	Бали		
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2-4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження.	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження

Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7-10 балів – задовільний стан плода; 5-6 балів – сумнівний тест (повторити через 2-3 дні) 4 балів і нижче – патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

- **модифікований БПП** оцінює тільки два параметри - нестресовий тест та кількість рідини. Для оцінки кількості навколоплідних вод використовують дві методики. Перша – оцінка максимальної глибини вертикальної кишені (вона ідентифікує глибину кишені 2-8 см як нормальну, 1-2 см як межову, менш 2 см як знижену (маловоддя), більше 8 см як підвищену (багатоводдя)). Друга методика – оцінка індексу амніотичної рідини (сума самих глибоких вертикальних кишень рідини в чотирьох квадрантах матки, при цьому центральною точкою є пупок).

3. Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Діагностичні критерії:

- **Нормальний кровоплин** – високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить не більше 3.
- **Патологічний кровоплин:**
 1. **Сповільнений кровоплин** – зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастоли, становить більше 3.
 2. **Термінальний кровоплин** (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):
 - **Нульовий** – кровоплин у фазі діастоли припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)
 - **Негативний (реверсний, зворотний)** – кровоплин у фазі діастоли набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

Тактика нагляду за станом плода під час вагітності

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.
- 2) При визначенні частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофіля плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини – госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

Тактика ведення вагітності з дистресом плода

1. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.
3. Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.
4. При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):
 - при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5-7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.
5. Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.
6. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, якщо за даними дослідження БПП і/або доплерометрії кровоплину має місце:
 - патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче);
 - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7-8 балів);
 - сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;
 - критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

Лікування

До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.

Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження (**A**).

Розродження

1. Через природні пологові шляхи можливо проводити (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при:
 - нормальному або сповільненому кровоплину у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);
2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:
 - критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);

- гострий дистрес плода (патологічні брадікардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;
- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода та проведення динамічного контролю за пацієнтками цієї групи;
2. Дотримання режиму дня та раціональне харчування;
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Дистрес плода під час пологів

Мета спостереження за плодом під час пологів полягає у своєчасному визначенні дистресу плода, ознаками якого є:

- Патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.)

Примітка: У нормі є допустимим тимчасове уповільнення серцебиття плода у момент скорочення матки, що зникає після розслаблення матки.

- Наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод.

Діагностика

Для діагностики дистресу плода під час пологів використовуються наступні методи:

1. **Аускультация серцебиття плода** – визначення частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Методика аускультативної під час пологів

- Підрахування серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину - кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів;
- Обов'язково проводять аускультативну до і після перейми або потуги;
- За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

2. **Кардіотокографія (КТГ)** – синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10-15 хвилин.

- При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна ЧСС (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуда і частота осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.
- За наявності патологічних параметрів ЧСС, що свідчать про загрозливий стан плода, пропонується вести безперервний запис КТГ упродовж всього періоду пологів.

Діагностичні критерії:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) – 10-25 уд./хв. з частотою осциляцій 3-6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.
- При дистресі плода у пологах на КТГ зазвичай виявляється одна чи кілька патологічних ознак: тахікардія чи брадікардія, стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше), ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд./хв.
- Ознаки дистресу плода, що загрожує його життю (див. таблицю 2):

Таблиця 2. Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів.

Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесарів розтин
	брадикардія	109-100	припустима	моніторинг ЧСС
< 100		дистрес	кесарів розтин	
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	2 і менше	дистрес	Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадикардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
< 90		дистрес	екстракція плода	
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		3-4	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

Про несприятливий прогноз свідчить також:

- уповільнення серцевого ритму плода на піку децелерації нижче 70 уд./хв. незалежно від виду та амплітуди децелерації щодо БЧСС;
- Перехід пізніх чи варіабельних децелерацій у стійку брадикардію.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура:

- Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода

Примітка:

Наявність незначних домішок меконію в навколоплідних водах не вказує на дистрес плода, але свідчить про необхідність ретельного спостереження за станом плода

Тактика ведення пологів

1. Уникати положення роділлі на спині;
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів – кесарів розтин;
 - у другому періоді:
 - при головному передлежанні – вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному – екстракція плода за тазовий кінець.

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода в пологах та проведення динамічного контролю за станом плода в пологах;
2. Дотримання раціональної тактики ведення пологів.
3. Дотримання раціональних методів знеболювання пологів.

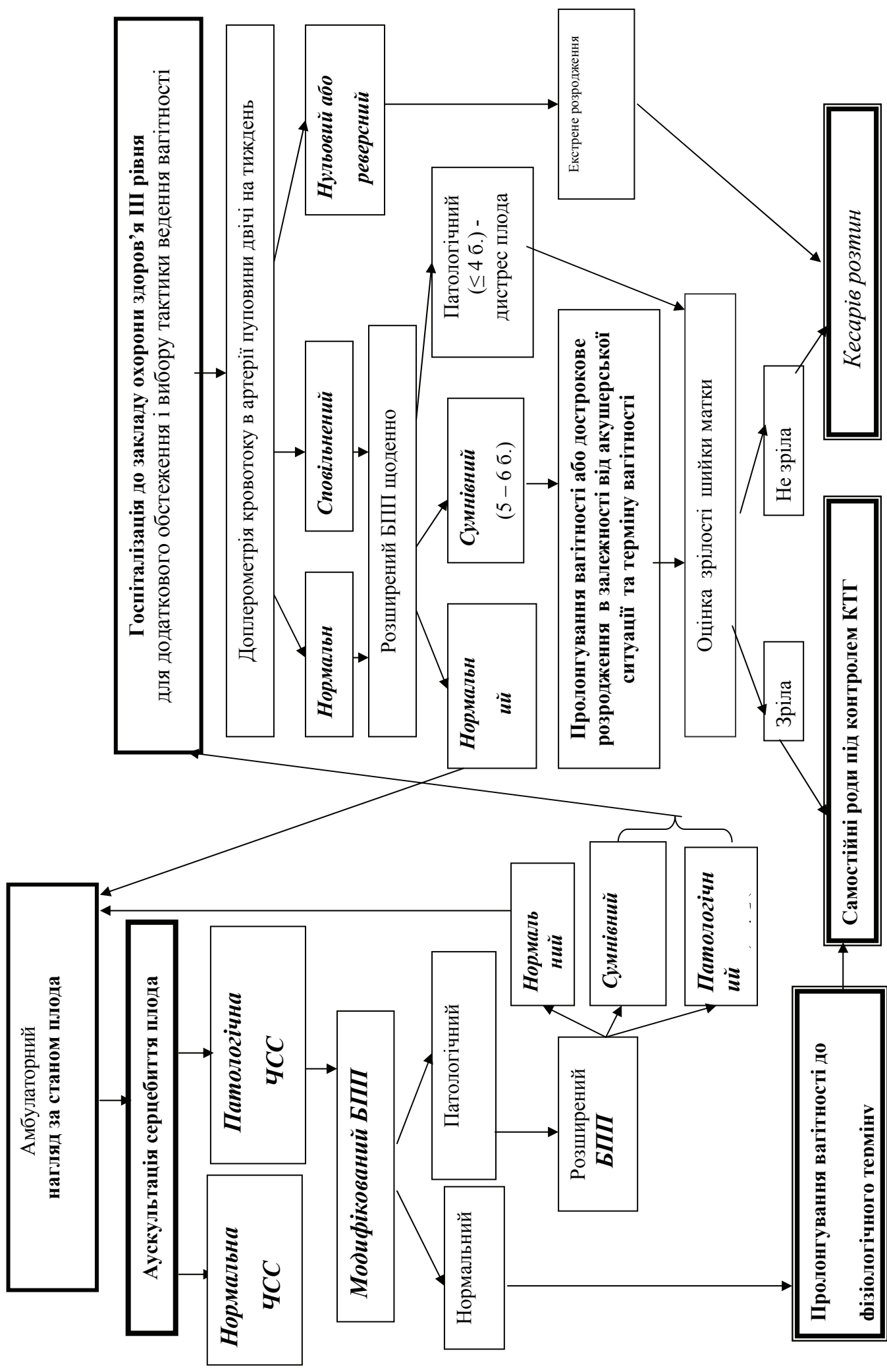


Рис.1 Алгоритм акушерської тактики при дистресі плода.

VI. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітних (жіночій консультації), у кабінеті функціональної діагностики плода, у пологовому залі, або палаті. Після отримання завдання для самостійної роботи студенти під керівництвом викладача проводять аускультацию серцебиття плода за допомогою акушерського стетоскопа, кардіомонітора, приймають участь у дослідженні біофізичного профілю плода та доплерометрії кровотоку у артерії пуповини. У пологовому відділенні – оцінюють колір навколоплідних вод при їх відходженні та визначають наявність примішок меконію.

При діагностиці дистресу плода – студенти визначають тактику ведення вагітності та пологів.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу, звіт студентів про виконання завдань, розв'язування ситуаційних задач. Узагальнення викладача, оцінка роботи студентів, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

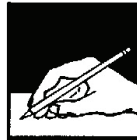
Місце проведення – навчальна кімната, відділення патології вагітних (або жіноча консультація), кабінет функціональної діагностики, пологовий зал.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, кардіотокограф), кабінету функціональної діагностики (ультразвуковий томограф, кардіотокограф), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення понять «дистрес плода» та «гіпоксія плода»?
2. Які причини розвитку дистресу плода?
3. Які фактори ризику розвитку дистресу плода?
4. Які методи діагностики дистресу плода під час вагітності?
5. Які параметри аускультативної серця плода характерні для дистресу?
6. Які параметри БПП характерні для дистресу?
7. Які параметри доплерометрії кровотоку в артерії пуповини плода характерні для дистресу?
8. Який алгоритм ведення вагітності при дистресі плода?
9. Які методи діагностики дистресу плода в пологах?
10. Який алгоритм ведення пологів при дистресі плода на підставі оцінки КТГ?
11. Яка профілактика дистресу плода?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Провести аускультацию серцебиття плода при вагітності та оцінити її результати.
2. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними кардіотокографії.
3. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними біофізичного профілю плода.
4. Провести оцінку функціонального стану плода при вагітності за даними доплерометрії кровотоку у артерії пуповини при вагітності.
5. Провести оцінку функціонального стану плода за даними аускультативної та кардіотокографії у пологах;
6. Оцінити колір навколоплідних вод та наявність у них примішок меконію.
7. Визначити тактику ведення вагітності у пацієнток с дистресом плода.
8. Визначити показання для оперативного розродження вагітних с дистресом плода.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля 36 років народжує вперше, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи термінові, на 40-41 тижні. Перейми тривалістю 35-40 с. через 5 хв. Відійшли навколоплідні води з наявністю густого меконію. КТГ – базальна частота 98 уд/хв., монотонна крива, пізні децелерації до 30 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 6см.



Який діагноз? Визначте план ведення пологів.



Вагітність 40-41 тиждень, пологи I, період пологів I, дистрес плода. Кесарів розтин.

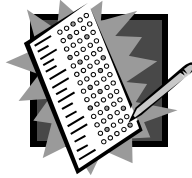
2. Вагітна 28 років в термін 37 тижнів. Наглядається в жіночій консультації. Під час чергового обстеження встановлено: патологічна оцінка БПП (6 балів), сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини.



Яка тактика ведення вагітної?



Госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітність 38-39 тижнів. Головне передлежання, перша позиція, передній вид. Проведено дослідження біофізичного профілю плода і встановлено за 30 хвилин спостереження: дихальних рухів -2; рухів плода -4; кінцівки плода зігнуті, розгинання 2 рази; нестресовий тест - 5 акцелерацій; вертикальний розмір вільної ділянки вод - 1см.



Яка оцінка БПП ?



- A. 9 балів*
- B. 7 балів.
- C. 5 балів.
- D. 3 бали.

2. Роділля 34 років, народжує вперше, пологова діяльність триває 8 годин. Пологи термінові, перейми по 35-40 сек через 5-6 хвилин. Відійшли пофарбовані меконієм навколоплідні води. Серцебиття плода – 90 уд/хв.. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, голівка притиснута до входу в малий таз.



Який діагноз?



- A. Дистрес плода в пологах*
- B. Гемолітична хвороба плода
- C. Затримка розвитку плода
- D. Плацентарна недостатність

Тема 12. НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ. САМОВІЛЬНИЙ ВИКИДЕНЬ

1. Науково-методичне обґрунтування теми

Серед важливих проблем практичного акушерства одне із провідних місць належить невиношуванню вагітності. Частота цієї патології складає від 10 до 20-35% до числа вагітностей і немає тенденції до зниження. Невиношування вагітності є універсальним показником реакції організму на будь-яке значне неблагополуччя матері, плода, факторів навколишнього середовища, професійно-виробничих факторів та інших несприятливих впливів.

Актуальність цієї проблеми обумовлена не тільки медичними, але й соціальними аспектами, так як невиношування вагітності призводить до зниження народжуваності, впливає на фізичне і психічне здоров'я жінки, її сімейне благополуччя, працездатність та визначається частотою, високою перинатальною смертністю недоношених дітей, значними економічними затратами, які пов'язані з їх доглядом, а також значною долею цих дітей серед інвалідів з дитинства і хворих з хронічною патологією.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення термінів “невиношування вагітності”, “самовільний аборт”.
2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.
3. Фактори ризику самовільного аботу.
4. Патогенез невиношування вагітності при різних формах.
5. Класифікацію самовільного аботу.
6. Клінічніку, діагностику, лікування різних формах самовільного аборту.
7. Лікарську тактику при різних формах самовільного аборту.
8. Визначення терміну “звичний аборт”.
9. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.
10. Тактику ведення вагітності у жінок із звичним абортom.
11. Методи профілактики невиношування

В результаті проведених занять студент повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику не виношування вагітності при збиранні анамнезу.
2. Діагностувати різні клінічні форми та стадії мимовільного аборту.
3. Складати план лікарської тактики при різних формах та стадіях мимовільного аборту.
4. Призначати лікування при різних стадіях мимовільного аборту.
5. Призначати клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
6. Оцінювати результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
7. Надавати необхідну невідкладну допомогу при можливій матковій кровотечі.

III. Базові знання

1. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
2. Визначення терміну вагітності.
3. Оцінка результатів спеціального акушерського обстеження.
4. Розміри матки в різні терміни вагітності.
5. Ознаки вагітності.
6. Механізм дії на міометрій лікарських засобів з групи утеротоніків, спазмолітиків, кровозупиняючих засобів.

IV. Зміст навчального матеріалу

Невиношування вагітності – самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня. Переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя, називається **абортом (викиднем)**. Виділяють також поняття *недоношування* вагітності – передчасні пологи.

- ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154 – 259 днів).

Частота мимовільних переривань вагітності по триместрам розподіляється наступним чином: в I триместрі – 75-80%, у II триместрі - 9-12%, в III триместрі - 4 – 8%. Висока частота переривань у I триместрі є свого роду природнім відбором, елімінацією аномально сформованого ембріону і в 50-60% пов'язана з хромосомними аномаліями зародка. Однак ці порушення можуть бути пов'язані і з рядом інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом та ін.

Невиношування – поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням ряду причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

САМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)

Самовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо самовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають **звичним**.

Етіологія

1. Материнські причини:

нейро-ендокринні – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної фази циклу, недостатність лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників - СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирничкового, змішаного генезу, тиреопатія, та їх поєднання);

анатомо-функціональні- вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;

інфекційні – інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;

імунологічні – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;

генетичні фактори і хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія.

2. Патологія вагітності – важкі форми ранніх гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

3. Екстрагенітальна патологія матері.

4. Патологія стану організму батька, у тому числі фактори, що сприяють виникненню патологічних змін еякуляту.

5. Соціально-середовищні фактори:

- *екологічні* (радіація, хімічне забруднення повітря, ін.);

- *вік матері* (до 18 і після 30 років);
- *несприятливі умови життя* (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);
- *професійні і виробничі шкідливості* (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);
- *шкідливі звички*.(алкоголізм, наркоманія, куріння).

6. Нез'ясовані причини.

Фактори ризику самовільного аборту

- пізнє менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;
- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, coitus).

Патогенез переривання вагітності

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: *викидень за типом відторгнення.*

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотрансплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на «чужерідні» тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково вигоняється із порожнини матки.

Переривання вагітності, що пов'язане з первинною загибеллю ембріону або плода внаслідок хромосомних мутацій чи генетичних дефектів відбувається саме за таким типом.

Другий патогенетичний варіант спонтанного викидня спостерігається в основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів. В більш пізні терміни вагітності падіння вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить

міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до дії утеротонічних речовин. Реакція “ відторгнення” перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність “запираючого” апарату матки.

Класифікація

1. За стадіями розвитку виділяють:

- загрозовий аборт
- аборт “ в ході
- неповний аборт,
- повний аборт

2. Розрізняють також :

- аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)
- інфікований аборт

Загрозовий аборт.

Клініка. При загрозовому аборті у хворої відмічається тягучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

Діагностика. При огляді у дзеркалах зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров'яністі виділення

Бімануальне піхвове дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

УЗ ознаками загрози аборті будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

Тактика ведення загрозового аборті.

Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності. Для цього використовують критерії сприятливого чи несприятливого прогнозу даної вагітності.

Сприятливий прогноз:

- сонографічні ознаки - наявність серцевих скорочень при КТР плода 6мм (трасвагінально), відсутність брадикардії, відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця, ріст плідного яйця в динаміці;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ та прогестерону відповідає гестаційному віку.

Несприятливий прогноз:

- наявність спонтанних абортів в анамнезі, вік жінки >34 років;
- сонографічні ознаки – відсутність серцевих скорочень при КТР 10 мм (трасабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7 тижнів, 21мм- в 8 тижнів; невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця; відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів; субхоріальна гематома;
- біохімічні ознаки – рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку, зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується; вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у термін вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується.

Пацієнтка має бути поінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів. Потрібне отримання письмової згоди на проведення медикаментозних та оперативних втручань.

При загрозі переривання вагітності в термін більше 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності.

Лікування. Для лікування загрозливого аборт використовуються препарати прогестерону. Показанням для застосування прогестерону є 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. Рутинне призначення гестагенних препаратів при загрозливому аборті не підвищує відсоток виношування (А).

Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

- масляний розчин прогестерону (внутрішньом'язово);
- мікронізований прогестерон – утрожестан (вагінально або перорально);
- синтетичні похідні прогестерону - дідрогестерон (перорально).

Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.

Не виявлено статистично достовірної різниці ефективності різних способів призначення прогестерону (в/м, перорально, інтравагінально). Не доведено переваги будь якої схеми та не визначено оптимальний термін використання прогестерону.

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівнів ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (один раз на тиждень до зникнення симптомів).

Аборт в ході

Клініка. Ця стадія самовільного аборт супроводжується тягучим болем в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості.

Діагностика. При огляді у дзеркалах відмічається вкорочена шийка матки, зовнішнє вічко відкрите. Кров'янисті виділення у великій кількості; частини плідного яйця у цервікальному каналі, підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності). При бімануальному піхвовому дослідженні визначається підвищений тонус матки, її розмір відповідає строку вагітності.

За необхідністю може бути проведене УЗД, при якому відмічається повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборт в ході.

В термін вагітності менше 16 тижнів:

- проводять вакуум аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи спрямовані на

стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати. Обов'язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

В термін вагітності більше 16 тижнів:

- у разі відсутності значної кровотечі після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.
- у разі кровотечі, під адекватним знеболенням:
 - при наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати;
 - при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію, до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
 - окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
 - ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
 - мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт

Клініка. Для неповного аборту характерна наявність болю в нижніх відділах живота (біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими виділеннями різного ступеня вираженості.

При бімануальному піхвовому дослідженні відмічається м'якої консистенції матка, розміри якої менше терміну гестації, різний ступінь розкриття шийки матки.

За даними УЗД порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

Тактика ведення неповного аборту

У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажа або вакуум-аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.

*Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки
(кюретаж або вакуум-аспірація).*

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 адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об'єму крововтрати.

Обов'язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки

Медикаментозний метод може використовуватися

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі.
- якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу що надає екстрену допомогу цілодобово

Протипоказання

Абсолютні:

- наднирникова недостатність;
- тривала терапія глюкокортикоїдами;
- гемоглобінопатії або антикоагулянтна терапія;
- анемія (Hb < 100 г/л);
- порфірія;
- мітральний стеноз;
- глаукома;
- прийом нестероїдних протизапальних засобів протягом попередніх 48 годин.

Відносні:

- гіпертензія,
- тяжка бронхіальна астма.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркала. Через кілька годин (як правило протягом 3-6 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця.

Спостереження:

Жінка залишається для спостереження в умовах стаціонару протягом доби після вигнання і може бути виписана із стаціонару у разі:

- відсутності значної кровотечі,
- відсутності симптомів інфекції,
- можливості негайно звернутися до цього медичного закладу у будь який час цілодобово.

Через 7-10 днів після виписки з стаціонару в амбулаторних умовах проводиться контрольний огляд пацієнтки та УЗД.

Перехід до хірургічної евакуації після медикаментозної евакуації здійснюють у разі:

- виникнення значної кровотечі;
- появи симптомів інфекції;

- евакуація залишків не розпочалась протягом 8 годин після введення мізопростолу;
- виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Рандомізовані дослідження демонструють відсутність статистичної різниці ефективності хірургічної та медикаментозної евакуації при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Повний аборт

Клініка. При повному аборті хвора може скаржитись на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів (можуть бути відсутні) після експульсії плідного яйця.

Діагностика. При огляді у дзеркалах визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; спостерігаються незначні кров'яністі виділення або вони можуть бути відсутні.

При бімануальному піхвовому дослідженні пальпується щільна матка, розміри якої менше терміну гестації. Цервікальний канал закритий (іноді не повністю).

За результатами УЗД порожнина матки <15 мм, цервікальний канал закритий (іноді не повністю), плідне яйце/плід не візуалізується, залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборту.

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання мають бути визначені за індивідуальними клінічними показаннями.

Аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)

Клініка. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб'єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров'яністі виділення з матки та підвищення температури тіла.

Діагностика. При огляді у дзеркалах шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального піхвового дослідження розміри матки менше терміну гестації, цервікальний канал закритий.

При проведенні УЗД:

- *5-6 тижнів:* невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5-6 тижнів має бути підтвердженим не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження треба повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.
- *7-8 тижнів:* відсутність серцевих скорочень ембріону, невідповідність розмірів терміну гестації.
- *9-12 тижнів:* відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону, невідповідність розмірів матки терміну гестації.

Тактика ведення аборту, що не відбувся

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним методами.

Знаходження вагітності, що не розвивається, в порожнині матки протягом 4 тижнів та більше збільшує ризик коагулопатичних ускладнень, в зв'язку з чим необхідно бути готовим для боротьби з можливою кровотечею (визначити групу крові, резус-фактор, коагулограму).

Індукція скоротливої діяльності при вагітності, що не розвивається в другому триместрі здійснюється застосуванням препаратів простагландинів (мізопропростол), або утеротонічних засобів (окситоцин), або хірургічним методом (кюретаж, вакуум-аспірація).

Необхідність профілактичного застосування антибіотиків, вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено за індивідуальними клінічними показаннями.

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборт

Незважаючи на те, що один мимовільний аборт не вважається фактором ризику звичного невиношування, за наявності у матері ознак станів, які могли виступати причиною переривання вагітності (ознаки інфекційних захворювань, ендокринних порушень, структурних порушень матки) бажаним є дообстеження пацієнтки. У разі виявлення певної патології жінка має бути проінформована про необхідність лікування та заклади, де вона може отримати це лікування.

Обов'язковим є профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH – інфекцій.

Після перенесеного аборт необхідно є психологічна реабілітація.

При необхідності проведення медико – генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачення неспецифічної прегравидарної підготовки: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

Звичний аборт.

Звичний викидень – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень”

Обстеження жінок зі звичним невиношуванням вагітності.

Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування починають після переривання вагітності, або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання. Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі, або органі спостережуваної жінки (табл. 1)

Таблиця 1. Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функція захворювання)	+	+
2	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4	Тести функціональної діагностики (базальна температура), кольпоцитологія	+	+
			-

5	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози у крові; екскреція ДЕАС, кортизолу, 17-КС, 17- гідропрогестерону)	+	+
6	УЗД	+	+
7	Стан гіпофіза (МРТ, RÖ – графія турецького сідла) за показаннями	+	-
8	Імунологічне обстеження за показаннями (АВО та Rh антитіл; антитіла до фосфоліпідів, кардіоліпінів, β 2 глікопротеїду та фетальних антигенів, визначення вовчакового антикоагулянту)	+	+
9	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	-
10	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
11	Пренатальна діагностика	-	+
12	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
13	Гемостазіограма Дослідження системи гемостазу	+	+
14	Визначення стану шийки матки	+	з 12 тижня

Дослідження каріотипу подружньої пари обумовлено тим, що приблизно у 2-5% випадків звичного невиношування один з батьків або обоє (рідше), є носіями збалансованої хромосомної аномалії. Виявлення порушення у будь – кого з батьків є показанням до консультації клінічного генетика для встановлення вірогідності народження дітей без застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також для визначення показань для проведення цитогенетичного дослідження плідного яйця (плода) якомога у ранньому терміні вагітності. **(С)**

Ультразвукове дослідження репродуктивних органів проводиться з метою виявлення вроджених або набутих порушень, які можуть перешкоджати розвитку вагітності. Двомірне ультразвукове дослідження з або без гістеросальпінгографії, проведене кваліфікованим спеціалістом, є достатнім для виявлення порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Не доведена необхідність рутинного проведення гістеросальпінгографії для діагностики порушень анатомічної будови репродуктивних органів.

Ведення жінок зі звичним невиношуванням вагітності різної етіології

Антифосфоліпідний синдром є причиною звичного невиношування вагітності в близько 20% випадків. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності та антифосфоліпідним синдромом комбінована терапія аспірин та гепарин достовірно знижує частоту мимовільного абортів на 54% **(А)**. Визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл проводиться з використанням стандартних тестів. Наявність позитивного результату тесту для одних і тих же антитіл (Ig M і IgG) двічі з проміжком 4-6 тижнів на рівні середніх або високих титрів є підставою до встановлення діагнозу та проведення лікування. *Застосування кортикостероїдів у жінок з звичним невиношуванням та АФС не збільшує частоту живонароджень та може супроводжуватись збільшенням материнської та неонатальної захворюваності* **(А)**

Будь яка **тяжка інфекція у матері**, що перебігає з бактеріємією або вірусемією, може бути чинником самовільного викидня, хоча роль інфекційного фактора в структурі чинників невиношування вагітності не зовсім з'ясована. Для того, щоб інфекційний агент був «прийнятий» як чинник саме звичного невиношування він повинен мати здатність персистенції у геніальному тракті жінки без наявних ознак, або спричинювати мінімальні прояви.

Виявлення і лікування **бактеріального вагінозу** у ранні терміни вагітності зменшує ризик повторних самовільних абортів і передчасних пологів (**A**) Обстеження на TORCH інфекцію для виявлення причин звичного невиношування у випадках коли є підозра на наявність інфекції, або відомості про наявність інфекції у минулому чи проведення її лікування (**C**)

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) – не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в другому триместрі.

Діагностика. До групи високого ризику належать жінки, що мають в анамнезі: два та більше епізодів переривання вагітності в другому триместрі, які не були результатом скоротливої діяльності матки чи відшарування плаценти; випадки мимовільного безболісного розкриття шийки матки до 4-6 см при попередніх вагітностях; наявність хірургічних втручань на шийці матки, розриви шийки матки другого або третього ступенів в минулих пологах; інструментальні дилатації шийки матки під час штучного переривання вагітностей.

При огляді можна встановити вроджені або набуті анатомічні дефекти ектоцервіксу, розкриття шийки матки до 2 та більше см в другому триместрі вагітності при відсутності маткових скорочень та відшарування плаценти; пролабірування плідного міхура з зовнішнього вічка шийки матки.

При **трансвагінальному УЗД** - вкорочення шийки матки до 25мм та більше в терміні 16- 24 тижнів, клиноподібну трансформацію каналу шийки матки на 40% довжини та більше

Недостатність лютеїнової фази.

Діагностика.

- визначення співвідношення рівнів прогестерону в 1 та 2 фазу менструального циклу (менше ніж в 10 разів);
- визначення реологічних властивостей цервікального слизу (неадекватно високий цервікальний індекс за шкалою Marici);
- визначення динаміки синдрому «зіниці» (закриття цервікального каналу після 21 дня циклу);
- гіполютеїновий тип мазка за даними гормональної кольпоцитології – зберігається високий каріопікнотичний індекс при зниженні еозинофільного індексу);
- визначення різниці базальної температури (різниця між найнижчим значенням у 1 фазу та найвищим у 2 повинна складати більше 0,4 градусів С °);
- дворазове гістологічне дослідження пайпель-біоптатів ендометрію на 22 – 24 день циклу (триденне відставання ендометрію від фази циклу).

Прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні

- **Припинення шкідливих впливів** (відмова від паління, вживання алкоголю, виключення впливу факторів шкідливого промислового виробництва, уникнення психоемоційних перевантажень та стресів)
- **Оздоровлення жінки** (нормалізація режиму праці та відпочинку, раціональне харчування, регулярні фізичні навантаження -вранішня гімнастика, плавання, прогулянки, тощо; санація екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції, нормалізація маси тіла, щеплення проти краснухи імунонегативних жінок для профілактики вродженої краснухи, вакцинація проти гепатиту В жінок репродуктивного віку групи ризику, що забезпечує профілактику вертикальної передачі інфекції, зменшення ризику печінкової недостатності та цирозу печінки у матері).
- **Призначення фолієвої кислоти** 400 мкг на день за 3 місяця до зачаття зменшує частоту вад невральної трубки на 2/3.
- **Лікування хронічних захворювань** підготовка пацієнток з хронічними екстрагенітальними захворюваннями:
 - цукровий діабет стійка компенсація вуглеводного метаболізму у продовж трьох місяців до запліднення, та призначення фолієвої кислоти 800мкг на день за 3 місяці до зачаття;
 - артеріальна гіпертензія (тримання нормотензії, перехід на антигіпертензивні препарати, дозволені до застосування під час вагітності);
 - гіпотиреоз (корекція замісної терапії L-тироксином для досягнення еутиреоїдного стану);
 - епілепсія (перехід на проти судомні засоби з меншою негативною дією на плід, збільшення дози фолієвої кислоти до 800мкг на день за 3 місяці до зачаття);
 - вади серця (радикальне хірургічне лікування за показаннями);
 - хвороби, що потребують постійної антикоагулянтної терапії (відміна тератогенних кумаринових похідних, призначення гепарину);
 - інші екстрагенітальні захворювання (хірургічне лікування, корекція терапії, досягнення ремісії хвороби);
 - виявлення та лікування ВІЛ інфекції.

Лікування звичного не виношування вагітності.

При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.

З метою лікування звичного невиношування вагітності необхідно застосовувати лише **заходи з доведеною ефективністю**.

Лікування станів, які супроводжуються дефіцитом ендogenous прогестерону (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність в наслідок допоміжних репродуктивних технологій) є ефективним..

В групі жінок зі звичним викиднем застосування прогестерону з метою профілактики переривання вагітності демонструє статистично достовірне зниження частоти переривання вагітності в порівнянні з плацебо або відсутністю терапії (**A**).

Методика лікування прогестероном наведена вище.

Схема комбінованої терапії антифосфоліпідного синдрому після чітко встановленого діагнозу.

- **Аспірин 75 мг/добу.**

Прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.

- **Нефракціонований гепарин 5 000 Од** підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі
Застосування гепарину починають як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Застосування гепарину припиняють в 34 тижні вагітності. При застосуванні нефракціонованого гепарину проводять контроль рівня тромбоцитів щотижнево протягом перших трьох тижнів, потім кожні 4 – 6 тижнів.
Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози терапія може бути продовжена до пологів та в післяпологовому періоді.

Лікування істміко-цервікальної недостатності.

Лікування полягає в накладанні профілактичного чи лікувального шва на шийку матки. Операція проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності нижче вказаних умов:

- живий плід без видимих вад розвитку;
- цілий плідний міхур;
- відсутність ознак хоріонамніоніту;
- відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
- перший або другий ступінь чистоти піхви.

Профілактичний шов на шийку матки показаний:

- жінкам групи високого ризику, які мали в анамнезі два та більше самовільних викидні, або передчасні пологи в другому триместрі вагітності.

Терапевтичний шов на шийку матки показаний жінкам групи ризику з наступними УЗ даними:

- -коротка шийка (менше 2,5 см) без клиноподібної трансформації цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу;
- коротка шийка (менше 2,5 см) в поєднанні з прогресуючою в динаміці клиноподібною трансформацією цервікального каналу на 40 % та більше при одноразовому дослідженні.

Ургентний або лікувальний шов на шийку матки пропонують жінкам з моменту встановлення діагнозу.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий етап* - мотивація теми, контроль вихідного рівня базового й основних знань шляхом відповіді на контрольні питання.

Б. *Основний етап* - самостійна робота студентів під контролем викладача. У відділенні патології вагітних збирають анамнез у вагітних із загрозою передчасного переривання вагітності, оцінюють фактори ризику, складають план ведення вагітності, призначають лікування, виписують рецепти на необхідні ліки.

В. *Заключний етап* - контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення завдань, усних виступів про зроблену роботу, проведення диференціального діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження по ходу заняття з оцінкою знань студентів, домашнє завдання.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних

Оснащення: таблиці, слайди, історії вагітних різних термінів, що завершилися перериванням.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що містить у собі поняття "невиношування вагітності", "самовільний аборт"?
2. Які причини невиношування вагітності?
3. Які фактори ризику невиношування вагітності?
4. Який патогенез невиношування вагітності?
5. Яка класифікація самовільних абортів?
6. Які клініка і методи діагностики загрозливого аборту?
7. Яка тактика ведення загрозливого аборту ?
8. Які методи лікування загрозливого аборту?
9. Які методи моніторингу ефективності лікування загрозливого аборту?
10. Які клініка і діагностика аборту в ходу?
11. Яка тактика ведення аборту в ходу?
12. Які клініка і діагностика неповного аборту?
13. Яка тактика ведення неповного аборту?
14. Які клініка, діагностика і тактика ведення повного аборту?
15. Які клініка, діагностика і тактика ведення аборту, що не відбувся?
16. Які методи реабілітації репродуктивної функції після мимовільного аборту?
17. Яке визначення поняття «звичний аборт»?
18. Який обсяг обстежень при звичному невиношуванні вагітності?
19. В чому полягає прегравідарна підготовка при звичному невиношуванні вагітності?
20. Які методи лікування звичного невиношування?
21. Які методи профілактики не виношування вагітності.



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Оцінювати фактори ризику передчасного переривання вагітності при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення вагітності для кожної вагітної з факторами ризику передчасного переривання.
3. Діагностувати стадії мимовільного аборту (при відсутності тематичних вагітних за даними історії хвороби).

4. Призначити лікування при загрозовому аборті.
5. Призначити лікування при різних клінічних формах абортів (за даними історії хвороби).
6. Призначити клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
7. Оцінити результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
8. Скласти план надання необхідної невідкладної допомоги при матковій кровотечі у вагітної з самовільним абортom (за даними історії хвороби).
9. Виписати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні різних клінічних форм абортів.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.



Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?



Загрозливий аборт в термін 12 тижнів вагітності. Показані заходи на збереження і підтримку розвитку вагітності.

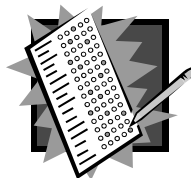
2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.



Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?



Пізній мимовільний аборт в ході в термін 18 тижнів вагітності. Після спонтанного вигнання плода і плаценти показані кюретаж стінок порожнини матки та заходи для стабілізації гемодинаміки.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'янисті виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'янисті, значні.



Яка тактика ведення?



- A. Призначення препаратів прогестерону
- B. Призначення токолітичних препаратів
- C. Кюретаж стінок порожнини матки*
- D. Ліжковий режим, спостереження

2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відходження навколоплідних вод, значні кров'янисті виділення. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'янисті, значні.



Яка стадія мимовільного аборт?



- A. Загрозливий аборт
- B. Аборт в ходу*
- C. Неповний аборт
- D. Повний аборт

Тема 13. ПЕРЕНОШЕНА ВАГІТНІСТЬ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

У сучасному акушерстві значне місце посідає проблема переношування вагітності, частота якої коливається від 4% до 14%. Переношена вагітність супроводжується високим рівнем перинатальної захворюваності та смертності, великою кількістю ускладнень у пологовому та післяпологовому періоді у матері та новонародженого. Вивчення цієї теми є важливим та необхідним щодо застосування сучасних методів діагностики переношування вагітності та проведення профілактичних і лікувальних заходів з метою зниження цих ускладнень.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студенти повинні знати:

1. Визначення поняття переношеної вагітності і запізнілих пологів.
2. Етіологію (фактори ризику) і патогенез переношування вагітності.
3. Фактори ризику перинатальної патології для новонародженого при переношуванні вагітності.
4. Клінічні ознаки вагітності, що переношується.
5. Методи діагностики переношеної вагітності.
6. Тактику ведення переношеної вагітності.
7. Методи підготовки родових шляхів та оцінку стану шийки матки перед пологами.
8. Особливості перебігу пологів при переношеної вагітності.
9. Методи індукції пологової діяльності.
10. Методи розродження вагітних при переношеної вагітності.
11. Особливості переношеного новонародженого та догляду за ним.
12. Особливості змін у плаценті при переношеній вагітності.
13. Профілактику переношування вагітності.

В результаті проведення заняття студенти повинні вміти:

1. Виділити групу ризику переношування вагітності.
2. Визначити термін переношеної вагітності та поставити діагноз.
3. Оцінити стан плода і плаценти при переношеній вагітності.
4. Оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.
5. Обґрунтувати тактику ведення переношеної вагітності.
6. Обґрунтувати метод розродження при переношеній вагітності.
7. Провести профілактику ускладнень в пологах і післяпологовому періоді.
8. Оцінити стан новонародженого.
9. Оцінити ступінь змін у плаценті при переношеній вагітності.

III. Базові знання

1. Анатомія жіночого тазу та пологових шляхів.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Функції фетоплацентарного комплексу.
4. Фактори, що сприяють настанню пологової діяльності.
5. Перебіг та ведення пологів.
6. Методи зовнішнього та внутрішнього дослідження роділлі.
7. Методи оцінки ступеня зрілості шийки матки.
8. Оцінка стану плода та новонародженого.

IV. Зміст навчального матеріалу

Вагітність, яка продовжується більше 42 тижнів (294 доби або більше) від першого дня останнього нормального менструального циклу вважається переношеною (шифр МКБ 10 O48).

На теперішній час нема розподілу на переношену та пролонговану вагітність.

Пологи, що відбулися після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добі або пізніше) називаються запізненими пологам.

Етіопатогенез

З **етіологічних** моментів (*факторів ризику*) переношування вагітності виділяють: порушення менструальної функції, вік вагітної (переношування частіше зустрічається у жінок за віком більш 28 років), генетичну схильність, загроз абортів у ранніх термінах вагітності, гіподинамію, групу крові A(II) Rh(-) негативна, наявність екстрагенітальної патології (артеріальна гіпотонія, вади серця, захворювання печінки та жовчовивідних шляхів, апендектомія в анамнезі, надмірна маса тіла), наявність плоду чоловічої статі, аненцефалія плоду. Певну роль у переношуванні вагітності відіграють також хронічний психоемоційний стрес, шкідливі звички (вживання алкоголю, наркотиків, паління).

Патогенез переношування вагітності нерозривно пов'язаний зі складними механізмами, що забезпечують розвиток скорочувальної діяльності матки. Важливою ланкою у фізіології розвитку вагітності та початку пологів є естрогени. Основним джерелом утворення естрогенів є клітини синцитію плаценти і велику роль в цьому відіграє діяльність надниркових залоз плода. При переношеній вагітності виникає дискоординація балансу естрогенів, підвищується рівень прогестерону. Переношена вагітність характеризується зменшенням чутливості рецепторного апарату шийки матки, зниженням кількості актоміозину в м'язах матки, простагландинів та електролітів, що сприяє зниженню чутливості клітин м'язів до збудження. При цьому має місце запізніле біологічне дозрівання нервово-м'язового апарату матки, у тому числі й шийки матки.

Переношена вагітність часто супроводжується **дисфункцією плаценти**, зі зниженням її транспортної та ендокринної функцій; до 40% плацент мають інфаркти, кальцифікати, фіброзні зміни. Все це призводить до дистресу плода.

Фактори ризику перинатальної патології для новонародженого

Перинатальна захворюваність та смертність при переношеній вагітності зростає в декілька разів в порівнянні з доношеною. Це пов'язано з низкою чинників. Так, до 40% переношених новонароджених мають ознаки перезрілості, більшість з них мають нормальну масу тіла, але у 1/4 з них спостерігається макросомія (маса тіла більше 4500 г), що є фактором ризику пологових травм, особливо пошкодження плечового сплетення при дистоції плечиків. Це ускладнення може спостерігатися як при вагінальному, так і при абдомінальному розродженні.

З переношеною вагітністю також завжди пов'язано зменшення об'єму амніотичної рідини – олігогідрамніон, або маловіддя, що супроводжується зростанням ризику виникнення дистресу плода в анте- та інтранатальному періодах.

Діагностика переношеної вагітності

Важливим для діагностики переношування вагітності є визначення дати першого дня останньої менструації, тривалості менструального циклу, урахування дати можливої овуляції та запліднення. Ці терміни відіграють провідну роль у запобіганні помилок при діагностиці переношеної вагітності.

Клінічна діагностика переношеної вагітності проводиться за наступними ознаками:

- відсутність зростання маси тіла вагітної, або її зменшення більш ніж на 1 кг;
- зменшення обводу живота на 5-10см, що пов'язано зі зменшенням кількості навколоплідних вод;
- маловоддя;
- наявність меконію в навколоплідних водах при розриві плодових оболонок;
- виділення молока, а не молозива з молочних залоз;
- незрілість або недостатня зрілість шийки матки.

За даними УЗД вагітність, що переношується, характеризується такими ознаками як маловоддя; відсутність збільшення біпаріетального розміру голівки плода в динаміці; відсутність збільшення динаміки росту плода; потоншення плаценти; III ступінь зрілості плаценти, наявність петрифікатів.

Тактика ведення переношеної вагітності та пологів.

Госпіталізацію вагітних, що переношують, бажано проводити до стаціонарів III рівня надання акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги.

Для попередження переношування вагітності доцільною є госпіталізація в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно визначити об'єм необхідних заходів щодо підготовки родових шляхів до пологів.

У пологовому відділенні проводять уточнення терміну вагітності, стан вагітної та плода, оцінюють результати клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. При задовільному стані плода і відсутності ознак переношування вагітності рекомендована очікувальна тактика. За наявністю перших ознак вагітності, що переношується, показана підготовка родових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності.

Підготовка родових шляхів та індукція пологів проводиться після оцінки стану шийки матки за шкалою Бішопа (див. методи дослідження вагітних).

Підготовка шийки матки до індукції пологів при наявності незрілої шийки матки в терміні після 41 тижня проводять одним з наступних методів:

- медикаментозний – простагладини E1 та E2, які застосовуються за наявності обов'язкової реєстрації цих засобів для використання в акушерській практиці;
- немедикаментозний – ламінарії, які використовуються при оцінці ступеню зрілості шийки матки за шкалою Бішопа менш ніж 5 балів (в цервікальний канал вводиться від 1 до 5 ламінарій на 24 години з подальшою оцінкою стану шийки матки, за необхідності процедуру можна повторити).

Заборонено використовувати естрогени та простагландин F2 α з метою підготовки пологових шляхів до розродження.

При підтвердженому діагнозі вагітності в терміні 42 та більше тижнів, неефективності попередніх заходів з підготовки шийки матки до розродження та незадовільному стані плода показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину.

Показання та умови до індукції пологової діяльності:

- термін вагітності 42 тижні та більше;
- стан плода за біофізичним профілем 7-8 балів;
- зрілість шийки матки не менш ніж 6 балів за шкалою Бішопа;
- передбачувана відповідність розмірів плода і тазу матері;
- відсутність плідного міхура (амніотомія).

Індукція пологів проводиться лише за наявності інформованої згоди жінки. Протипоказання до індукції пологів такі ж як і для термінових пологів.

Методи індукції пологів: пальцеве відшарування нижнього полюса плодового міхура; амніотомія; крапельне внутрішньовенне введення розчину окситоцину.

Методом вибору індукції пологів при зрілій шийці матки є амніотомія з наступним краплинним внутрішньовенним введенням розчину окситоцину. Рекомендовано починати індукцію пологів зранку, з 6 до 8 години; після амніотомії треба оцінити якість та кількості навколоплідних вод. Ведення партограми необхідно починати з моменту виконання амніотомії. Протягом 2-3 годин необхідно спостерігати за розвитком пологової діяльності; при відсутності якої після 2-3 годин безводного періоду потрібно вводити окситоцин (внутрішньовенно крапельно).

Для внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл 0,9% розчину натрію хлориду. Обов'язковим є проведення катетеризації ліктьової вени роділлі. Введення окситоцину починається зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1 мОД/хв.). При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою; у разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожні 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мОД/хв.), при цьому максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Необхідно підкреслити, що застосування окситоцину може приводити до підвищення базального тону мати та дистресу плода.

Критерієм досягнення регулярної адекватної пологової діяльності вважається наявність 3-4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Родопідсилення проводиться зі спостереження за станом плода та динамікою пологів. При відсутності ефекту протягом 6 годин слід переглянути план введення пологів та завершити їх операцією кесарського розтину.

При нормальному перебігу пологів тактика лікаря не відрізняється від ведення фізіологічних пологів. При цьому треба пам'ятати, що у зв'язку з ризиком пологової травми, пов'язаною з макросомією, необхідно ретельніше, заздалегідь визначати масу плода як традиційними методами, так і за допомогою УЗД. Якщо очікувана маса плода перевищує 4000 г, методом вибору є кесарів розтин.

Окремо слід зазначити наступне:

- спостереження за жінкою, якій проводиться індукція пологів має бути безперервним;
- спостереження за станом плода методом безперервної кардіотокографії;
- динамічне спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода здійснюється з веденням партограми [A];
- знеболювання пологів здійснюється за показаннями та при наявності поінформованої згоди жінки, при цьому наркотичні анальгетики не використовуються [A];
- бажаною є підтримка членів родини (партнерські пологи) [A].

Недоцільним є використання внутрішньовенні форми простагландинів для індукції пологів [A].

Ведення III періоду, пологів має бути активним, як і при нормальних пологах, що забезпечує профілактику кровотечі [A].

Характерні зміни посліду при переношеній вагітності:

- наявність ділянок петрифікатів і жирового переродження;
- збільшення маси;
- зменшення товщини;
- склеротичні та дистрофічні зміни;
- вогнища некрозу;
- тонка пуповина.

Після народження дитини необхідним є проведення її огляду з оцінкою новонародженого за шкалою Апгар на 1, 5 та 10 хв. Треба звернути увагу на наявність **характерних ознак переношеного новонародженого:**

- підвищена щільність кісток черепа;
- звуження швів і тім'ячок;
- різке зменшення або відсутність первородної змазки;
- зменшення підшкірно-жирового шару;
- зниження тургору шкіри; лущення шкіри, кінцівки «пралі», «банні ступні»;
- збільшення довжини нігтів; щільні хрящі вушних раковин та носу.

Наявність вищеописаних характерних ознак у новонародженого та особливостей посліду вимагає більш ретельного спостереження за станом породіллі та новонародженого у ранньому післяпологовому періоді. Позитивно впливає на перебіг адаптації у новонароджених сумісне перебування матері і немовляти при запізнілих пологах. У зв'язку з тим, що пошкодження нервової системи виявляється у 50% дітей, які народилися переношеними, показано проведення нейросонографії у ранньому неонатальному періоді. Діти від запізнілих пологів відносяться до групи ризику за розвитком респіраторних захворювань, патології нервової системи, алергічної патології та потребують диспансерного спостереження до 1 року життя на педіатричних дільницях під наглядом невропатолога.

Профілактика переношування вагітності і ускладнень

- раннє взяття на облік;
- ретельний нагляд за вагітними з факторами ризику переношування вагітності в жіночій консультації;
- обстеження стану плаценти і плода сучасними методами діагностики (БПП, УЗД плаценти)
- своєчасне виявлення переношування;
- раціональне ведення пологів

VI. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача. Студенти, працюють у відділенні патології вагітних та пологовому залі (збирання анамнезу, об'єктивне зовнішнє обстеження, інтерпретація клінічних та лабораторних методів дослідження, оцінювання факторів ризику переношування). В учбовій кімнаті на фантомах проведення внутрішніх досліджень, оцінка ступеня зрілості шийки матки, наліз історій запізнілих пологів, складання плану ведення пологів.

В. Заключний – контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення ситуаційних і тестових задач, звіт студентів про виконання завдань. Узагальнення викладача, оцінка роботи студентів, завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення: відділення патології вагітної та пологове відділення, навчальна кімната.

Обладнання: апарат УЗД, кардіограф, тазовимірювач, сантиметрова стрічка, фантом пологових шляхів, устаткування пологового блоку, демонстраційні таблиці, слайди, тематичні відеофільми.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «переношена вагітність» і «запізнілі пологи»?
2. Яка етіологія та патогенез переношеної вагітності?
3. Які фактори ризику переношування вагітності?
4. Які фактори перинатального ризику для новонародженого при переношуванні вагітності?
5. Які клінічні ознаки переношеної вагітності?
6. Які методи діагностики переношеної вагітності?
7. Яка тактика ведення переношеної вагітності?
8. Як встановити ступінь зрілості шийки матки?
9. Які показання для індукції пологів при переношуванні?
10. Які методи індукції пологів застосовують при переношуванні?
11. Які особливості перебігу пологів при переношуванні?
12. Які показання до кесарева розтину при переношуванні?
13. Які характерні ознаки переношеного новонародженого?
14. Які зміни посліду при переношуванні?
15. Які особливості нагляду за переношеними малюками?
16. Які методи профілактики переношування вагітності?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати спеціальний акушерський анамнез у вагітності.
2. Визначити термін вагітності за анамнестичними датами.
3. Визначити очікувану дату пологів.
4. Виміряти обвід живота та висоту стояння дна матки.
5. Оцінити фактори ризику переношування вагітності.
6. Оцінити стан плода за даними аускультативної, КТГ та доплерометрії.
7. Визначити ступінь зрілості шийки матки за даними вагінального дослідження (на фантомі).
8. Скласти план ведення вагітності та пологів при переношуванні.
9. Обґрунтувати індукцію пологів при переношуваній вагітності.
10. Обґрунтувати показання для операції кесаревого розтину при переношуваній вагітності.

11. Оцінити новонародженого на 1, 5 та 10 хв. за шкалою Апгар.
12. Визначити наявність чи відсутність ознак переносування у новонародженого.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 29 років поступила у відділення патології вагітних з першою вагітністю, строк – 42 тижні. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено, що шийка матки відхилена до заду, її довжина 2 см, зовнішнє вічко закрите, передлегла частина – голівка плода, рухома над входом у малий таз.



Оцінити ступінь зрілості шийки матки, визначити тактику ведення вагітності.



Шийка «незріла» – 0 балів за шкалою Бішопа. Підготовка шийки матки до індукції пологової діяльності медикаментозним методом із застосуванням простагландинів E1 и E2.

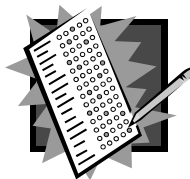
2. Вагітна 28 років поступила в акушерський стаціонар з пологовою діяльністю, термін вагітності 42-43 тижні. Перейми – 4-5 маткових скорочень за 10 хвилин с тривалістю 40-50 секунд. При зовнішньому дослідженні висота дна матки 41 см, окружність живота 112 см, передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз, ЧССП 147 уд/хв.



Визначити передбачувану масу внутрішньоутробного плоду та тактику ведення пологів.



Передбачувана маса внутрішньоутробного плоду 4500-4600 г; показаний кесарів розтин.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У відділенні патології вагітності перебуває жінка, 29 років – вагітність I, 42 тижні. При вагінальному дослідженні виявлено: положення шийки матки між крижами і провідною віссю тазу; довжина до 2 см, консистенція шийки розм'якшена; відкриття зовнішнього вічка до 1см; передлегла голівка притиснута до входу у малий таз.



Оцінити ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.



- A. Шийка матки «незріла».
- B. Шийка матки «недостатньо зріла».*
- C. Шийка матки «зріла».

2. До пологового залу поступила першороділля з вагітністю 42 тижні зі скаргами на регулярні перейми по 30 секунд через 8-10 хвилини протягом 4 годин. За даними вагінального дослідження: шийка маки по вісі тазу, скорочена до 0,5 см, м'яка, відкриття зовнішнього вічка до 2,5 см, плодовий міхур цілий, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз.



Який діагноз?



- A. Вагітність I, 42 тижні, переношена, I період пологів, латентна фаза.*
- B. Вагітність I, 42 тижні, переношена, I період пологів, активна фаза.
- C. Вагітність I, 42 тижні, переношена, I період пологів, фаза уповільнення.
- D. Вагітність I, 42 тижні, переношена, II період пологів.

Тема 14. ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Проблема позаматкової вагітності є однією з серйозних проблем в гінекології. Дана патологія виявляється в 2-4% від загального числа вагітностей і частота її збільшується. Актуальність проблеми обумовлена тим, що позаматкова вагітність – одна з частих причин материнської смертності. В структурі гінекологічної захворюваності питома вага ектопічної вагітності складає 1,6-25% і має стійку тенденцію до зростання. Кожна друга жінка з ектопічною вагітністю має в анамнезі вказівку на порушення репродуктивної функції. Крім того, після перенесеної ектопічної вагітності у 60-80% хворих розвивається неплідність, а у 20-30% повторна позаматкова вагітність.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Етіологію та патогенез позаматкової вагітності.
2. Класифікацію позаматкової вагітності.
3. Клініку та симптоматику позаматкової вагітності, що прогресує.
4. Клініку та симптоматику перерваної позаматкової вагітності.
5. Основні принципи діагностики позаматкової вагітності
6. Диференційну діагностику та діагностичні помилки при позаматковій вагітності.
7. Принципи лікування позаматкової вагітності.

В результаті проведеного заняття студент повинен вміти:

1. Оцінити симптоми, характерні для позаматкової вагітності після збирання анамнезу.
2. Скласти план обстеження хворої з підозрою на позаматкову вагітність.
3. Оцінити результати клініко-лабораторного обстеження хворої з позаматковою вагітністю.
4. Виявити симптоми внутрішньої крововтрати та порушення гемодинаміки.
5. Провести диференційну діагностику у хворої з ектопічною вагітністю.
6. Скласти план лікування хворої з позаматковою вагітністю.

III. Базові знання

1. Анатомія жіночих статевих органів.
2. Зв'язки матки.
3. Кровозабезпечення матки та маткових труб.
4. Фази менструального циклу.
5. Жіночі статеві гормони, місце їх синтезу, вплив їх на ендометрій в залежності від фази менструального циклу.
6. Запліднення і розвиток плідного яйця.
7. Збирання гінекологічного анамнезу.
8. Методи загального обстеження.
9. Оцінка параметрів гемодинаміки.

IV. Зміст навчального матеріалу

Позаматковою вагітністю вважається вагітність, коли плідне яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.

Сучасна класифікація виділяє часті та рідкісні форми позаматкової вагітності.

За МКХ-10 розрізняють:

I. За локалізацією:

1. Абдомінальна (черевна) вагітність

- 1.1. Трубна вагітність
- 1.2. Яєчникова вагітність
- 1.3. Інші форми позаматкової вагітності
- 1.4. Позаматкова вагітність не уточнена

II. За перебігом:

- прогресуюча
- порушена (трубний аборт, розрив маткової труби)
- завмерла вагітність

Найбільш часто зустрічається трубна локалізація (до 98,5% випадків). Трубну вагітність поділяють на вагітність в ампулярному відділі маткової труби (43%), в істмічному відділі (53,8%), в інтерстиціальному відділі (2,8%).

До рідкісних форм позаматкової вагітності належать яєчникова (0,1-0,2%), вагітність в зародковому розі матки (0,9%), черевна (0,4%), міжзв'язкова (0,1%).

Етіологія та патогенез позаматкової вагітності

Для пояснення причин та механізмів виникнення позаматкової вагітності запропоновано багато теорій, загальним для яких є положення щодо розвитку цієї патології з причин, які затримують нормальний транспорт плідного яйця по трубі.

Основною причиною порушення функції маткової труби є різні анатомічні зміни в її стінці або в оточуючих тканинах і органах, які найчастіше є наслідком різних запальних процесів. Перше місце серед причин займають запальні процеси жіночих статевих органів, які призводять до пошкодження тканин труби і порушують її прохідність.

Джерелом інфікування придатків матки часто буває червоподібний відросток або інші відділи кишечника. З цим пов'язана більша частота правосторонньої трубної вагітності.

Значне місце відводиться штучному аборті як причині патологічних змін в трубах і яєчниках.

Оперативні втручання на інших органах малого тазу також можуть бути етіологічними факторами позаматкової вагітності через утворення спайок і зрощень, які змінюють анатомічні співвідношення в малому тазі, а також впливають на нормальні перистальтичні рухи труби.

Пухлини матки і придатків також змінюють анатомічні співвідношення в малому тазі і можуть зменшувати прозір труби порушуючи прохід по ній яйцеклітини.

Наявність пухлин часто поєднується з порушенням гормональної функції яєчників, що негативно відбивається на стані маткової труби. Ендоетріоїдні гетеротопії в трубах змінюють їх прозір, утворюють звуження і дивертикули. Ендоетріоз часто поєднується із запальним процесом і супроводжується утворенням спайок і зрощувань навколо придатків матки.

Суттєву роль у виникненні позаматкової вагітності відіграють зміни гіпофізарно-яєчникових відношень, порушення циклічної секреції гіпофізарних гормонів, естрогенів, прогестерона, що має вплив на перистальтику труби. Враховуючи, що на транспортну

функцію маткової труби мають вплив гормони яєчника, то в етіології позаматкової вагітності певне значення має дисфункція яєчників і інших ендокринних органів.

Недорозвинення статевого апарату (інфантилізм) також може бути причиною розвитку позаматкової вагітності, що пов'язано з надмірною довжиною і звивистістю маткових труб, порушенням гормональної активності яєчників. У таких хворих спостерігається непліддя, а з часом може виникнути позаматкова вагітність.

Факторами ризику розвитку позаматкової вагітності вважаються:

1. Запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі.
2. Рубцево-спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.
3. Порушення гормональної функції яєчників
4. Генітальний інфантилізм
5. Ендометриоз
6. Використання внутрішньоматкових контрацептивів
7. Допоміжні репродуктивні технології.

Трубна вагітність

Клініка.

Прогресуюча трубна вагітність.

При прогресуючій позаматковій вагітності в організмі жінки відбуваються зміни, які притаманні нормальній матковій вагітності в ранніх термінах. В яєчнику розвивається жовте тіло, а в матці виникає децидуальна оболонка, яка макроскопічно не відрізняється від такої при матковій вагітності. Тільки мікроскопічно визначається відсутність елементів плідного яйця. Матка розм'якшується і збільшується трохи в розмірах. Функціонуючий хоріон виробляє хоріонічний гонадотропін, який визначається при дослідженні. В організмі жінки виникають ті ж зміни, як і при нормальній вагітності: з'являються сумнівні і вірогідні ознаки вагітності (затримка менструації, хоча у певного відсотка жінок може бути відсутня затримка, нагубають молочні залози, може з'являтися молозиво; виникають зміни з боку нервової системи, такі, як дратливість, сонливість, нестійкість настрою; може з'явитися пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, сосків).

З'являється ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки. В слизовій оболонці матки з'являється децидуальна тканина. При вагінальному дослідженні відмічається розм'якшення матки, особливо перешийка, проте після 6 тижнів вагітності матка відстає в розмірах. Визначаються ознаки Горвіца-Гегара, Гентера, Губарева, проте відсутні ознаки Снегірьова і Піскачека.

При дворучному обстеженні збоку від матки пальпується м'яке, пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, болоче і пульсуюче.

Порушена трубна вагітність.

Трубна вагітність переривається як звичай на 4-6 тижні вагітності за типом трубного аборту (внутрішній розрив плідного вмістища) або розриву труби (зовнішній розрив).

Розрив маткової труби. При порушенні цілісності маткової труби з розірваних судин починається кровотеча в черевну порожнину, яка призводить до анемії і геморагічного шоку. Чим ближче до матки розвивається вагітність в трубі, тим частіше виникає розрив труби і масивна внутрішня кровотеча.

Серед повного здоров'я раптово виникає різкий біль унизу живота, особливо в одній з клубових ділянок, якій віддає в задній прохід, попереку, нижні кінцівки. Часто буває короткочасна непритомність, запаморочення, нудота, блювота. З'являється потяг

до дефекації. Хвора бліда, зіниці розширені, на обличчі холодний піт, губи бліді, з синюшним відтінком. В анамнезі у хворої ті ж характерні особливості, що і при прогресуючій позаматковій вагітності.

Пульс частий, слабкого наповнення і напруження. Артеріальний тиск знижений. З'являється френікус-симптом. Живіт здутий. Перкусія і пальпація його різко болюча. Визначаються симптоми подразнення очеревини. Якщо кровотеча продовжується, то картина шоку наростає, анемія прогресує. В більшості випадків кров'янисті виділення з піхви відразу після переривання вагітності відсутні, тому що децидуальна оболонка не встигає відшаруватись.

Трубний аборт відбувається частіше, ніж розрив труби. Клінічна картина при трубному аборті розвивається повільно. При трубному аборті відбувається відшарування плідного яйця, внутрішній розрив плідного вмістища і кров, яка потрапила в черевну порожнину, стікає в позаматковий простір та утворює позаматкову гематому. Інколи кров витікає з труби повільно, невеликими порціями і утворює навколо неї кров'яний зліпок - перитубарну гематому. Клінічна картина залежить від інтенсивності кровотечі. Як правило, у зв'язку з повільним розвитком захворювання, клінічна картина не типова, симптоматика не чітка, загальний стан хворої тривалий час залишається задовільним. Тому діагностика часто викликає труднощі.

Діагностика

Клінічні ознаки

1. Ознаки вагітності:
 - Затримка менструацій;
 - Нагрубання молочних залоз;
 - Зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності;
 - Ознаки раннього гестозу (нудота, блювота);
 - Позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).
2. Порушення менструального циклу – мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:
 - після затримки менструацій;
 - з початком наступної менструації;
 - до настання очікуваної менструації.
3. Больовий синдром:
 - односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота;
 - раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
 - перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості;
 - іррадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.
4. Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної позаматкової вагітності)
 - притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
 - позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);
 - у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній "френікус" симптом, а у вертикальному – головокружіння, втрата свідомості;
 - у разі значного гемоперитонеума – симптом Щоткіна-Блюмберга;
 - прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.
5. Порушення загального стану (у разі порушеної позаматкової вагітності):
 - слабкість, головокружіння, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;

- нудота, рефлексорне блювання;
- метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження:

- при огляді в дзеркалах шийка матки ціанотична, вічко закрите;
- піхвове дослідження різко болюче, особливо зміщення шийки матки;
- матка дещо збільшена в розмірах, м'яка, різко болюча при пальпації, складається враження, що матка “плаває” в рідині – симптом “плаваючої матки”;
- розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;
- через одне з бокових склепінь визначаються придатки без чітких контурів.
- заднє склепіння вип'ячено, пальпація його різко болюча (“крик Дугласа”).

Спеціальне лабораторне обстеження - якісний або кількісний тест на ХГЛ.

Якісне визначення ХГЛ у сечі можливе у будь-якому закладі охорони здоров'я, тоді як кількісний аналіз β -ХГЛ у сироватці крові (рівень менший очікуваного терміну фізіологічної вагітності) виконується у медичних закладах III рівня.

Апаратні та інструментальні методи обстеження.

Трансвагінальне УЗД:

- відсутність плодового яйця у порожнині матки;
- візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;
- значна кількість вільної рідини у дугласовому просторі.

Лапароскопія – візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді:

- ретортоподібного потовщення маткової труби багряно-синюшного кольору;
- розриву маткової труби;
- кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;
- наявність в черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згортків або у рідкому стані;
- наявність у черевній порожнині елементів плідного яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;
- наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію.

У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень β -ХГЛ у сироватці крові в умовах стаціонару.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви:

Проводиться для диференціальної діагностики. Наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак порушеної позаматкової вагітності.

У разі клінічних ознак значної внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться, оскільки це затримує час початку операції.

Таблиця 1. Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми "плаваючої матки", болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Диференціальна діагностика.

Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієнок з аменореєю, ознаками вагітності, болями у нижніх відділах живота і кровотечею. Але необхідно виключати наступні стани:

1. Перекрут або розрив кісти яєчника
2. Гострий апендицит
3. Переривання маткової вагітності.
4. Крововилив у жовте тіло.
5. Апоплексія яєчника.

Лікування

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.

2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.
3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія). Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.
4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом. Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі - проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.
5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. тему - "Геморагічний шок").
6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30 %) - абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомічним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.
7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:
 - а) оперативне лікування;
 - б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
 - в) ведення післяопераційного періоду;
 - г) реабілітацію репродуктивної функції.
8. Оперативне лікування проводять як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик відносяться:
 - скорочення тривалості операції;
 - скорочення тривалості післяопераційного періоду;
 - скорочення тривалості перебування в стаціонарі;
 - зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки;
 - косметичний ефект.
9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 - 3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75 - 100 мг внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.
2. *Сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомозу можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.

3. **Сальпінгектомія.** Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Консервативне лікування позаматкової вагітності.

Лікування прогресуючої позаматкової вагітності метотрексатом може проводитися лише у закладах охорони здоров'я третього рівня, де є можливість визначення β -субодиниці ХГЛ у сироватці крові та проведення УЗД трансвагінальним датчиком.

Щоб уникнути введення метотрексату при нормальній матковій вагітності або викидню, що не відбувся, його призначають лише у наступних випадках:

1. Підвищений рівень β -ХГЛ у сироватці крові після органозберігаючої операції на матковій трубці, яка виконана з приводу прогресуючої позаматкової вагітності.
2. Стабілізація або підвищення рівня β -ХГЛ у сироватці крові протягом 12 - 24 годин після роздільного діагностичного вишкрібання або вакуум-аспірації, якщо розмір плодового яйця в області придатків матки не перевищує 3,5 см.
3. Визначення при УЗД трансвагінальним датчиком плодового яйця діаметром не більше 3,5 см в області придатків матки у разі рівня β -ХГЛ більше 1500 МО/л за відсутності плодового яйця у порожнині матки.

Якщо рівень β -ХГЛ у сироватці зменшився менше ніж на 15 % на восьму добу, метотрексат вводять повторно у тій же дозі.

Якщо рівень β -ХГЛ у сироватці збільшився понад 15 %, хвору спостерігають, щотижня визначають рівень β -ХГЛ до тих пір, поки цей рівень не буде менше 10 МО/л.

Яєчникова вагітність

Розвивається у разі запліднення яйцеклітини у порожнині фолікула. Частота яєчникової вагітності складає 0,5 - 1 % від усіх позаматкових вагітностей і займає друге місце по частоті після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику цього варіанту позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Діагностика.

Клінічні ознаки такі самі, як і при трубній вагітності. При порушеній яєчниковій вагітності також можлива клініка геморагічного шоку. У 75 % випадків яєчникової вагітності помилково виставляють діагноз апоплексії яєчника.

У діагностиці допомагає УЗД органів малого тазу, особливо трансвагінальним датчиком, коли плодове яйце візуалізується в області яєчника та позитивна якісна реакція на ХГЛ.

Ознаки яєчникової вагітності при УЗД:

- маткова труба на враженій стороні незмінена;
- плодове яйце знаходиться в проекції яєчника;
- плодове яйце з'єднане з маткою власною зв'язкою яєчника;
- серед плодових оболонок візуалізується тканина яєчника.

Лікування.

Хірургічне лікування включає видалення плодового яйця та клиновидну резекцію яєчника.

У разі масивного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріектомію.

Шийкова вагітність

Шийкова вагітність - це один із рідких та тяжких варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася у каналі шийки матки.

Діагностика.

1. Анамнез, у тому числі гінекологічний. Звертають увагу на кількість абортів та перебіг післяабортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, у тому числі шийки матки.
2. Огляд шийки матки у дзеркалах. Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.
3. Обережне бімануальне гінекологічне обстеження. Матка разом із шийкою у вигляді "піщового годинника".
4. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

Ультразвукові ознаки шийкової вагітності:

- відсутність плідного яйця в порожнині матки;
- гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина);
- неоднорідність міометрія;
- матка у вигляді піщового годинника;
- розширення каналу шийки матки;
- плідне яйце в каналі шийки матки;
- плацентарна тканина в каналі шийки матки;
- закриті внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика.

Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортom, міомою, раком шийки матки, випадінням субмукозної міоми на ніжці, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дозволяє досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування.

1. У разі діагностованої шийкової вагітності - категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі.
2. Метод лікування шийкової вагітності - хірургічний (екстирпація матки).
3. Після підтвердження діагнозу шийкової вагітності визначають групу крові та Rh-фактор, установлюють венозний катетер, отримують поінформовану письмову згоду хворої на виконання екстирпації матки. У відділенні трансфузіології замовляють одноступеневу свіжозаморожену плазму, свіжозаготовлену еритроцитарну масу, готують препарати гідроксиетильованого крохмалю.

Абдомінальна (черевна) вагітність

Складає 0,003 % від усіх випадків позаматкової вагітності. Розрізняють первинну і вторинну черевну вагітність.

Під первинною розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини в черевній порожнині.

Вторинна - формується, коли плодове яйце знаходиться в черевній порожнині після трубного аборту. Материнська смертність при черевній вагітності у 7 - 8 разів вища, ніж при трубній, і в 90 разів вища, ніж при матковій.

Діагностика.

Клінічні прояви залежать від терміну вагітності:

1. У першому та на початку другого триместру вони мало відрізняються від симптомів трубної вагітності.
2. У більш пізні терміни вагітні скаржаться на болі під час ворухіння плода, відчуття ворухін в епігастральній області або раптове припинення ворухіння плода.

3. При фізикальному дослідженні легко пальпуються м'які частини плода і окремо матка невеликих розмірів.
4. Для діагностики використовують УЗД.
5. Виконання діагностичної лапароскопії у першому триместрі вагітності.

Лікування.

Враховуючи високий ризик материнської смертності, відразу після встановлення діагнозу проводять хірургічне лікування. Під час оперативного лікування виділяють і перев'язують судини, що постачають кров до плаценти, і за можливості видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампують. Тампони видаляють через 24 - 48 годин і більше.

Якщо виділити ці судини не вдається, проводять перев'язку і відсікання пуповини, а плаценту залишають

Післяопераційний період.

У разі знаходження плаценти після операції у черевній порожнині її стан оцінюють за допомогою УЗД і визначення рівня α -субодиноци ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, так як це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

V. Етапи проведення заняття

А. *Підготовчий етап*- мотивація теми, контроль рівня базових і основних знань, видача завдання для самостійної роботи.

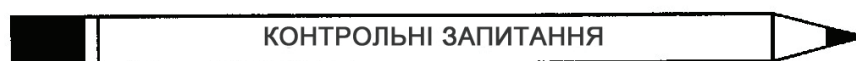
Б. *Основний етап* – самостійна робота студентів під контролем викладача. Студенти збирають анамнез у хворих з підозрою на позаматкову вагітність, складають план обстеження, оцінюють дані різних методів дослідження, складають план лікування.

В. *Заключний етап* – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язання задач, усних виступів студентів, узагальнення; оцінка роботи кожного студента, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, гінекологічне відділення (оглядова, маніпуляційна, операційний блок, кабінет УЗД).

Оснащення: тематичні таблиці, муляжі, результати лабораторних досліджень, гінекологічний інструментарій, історії хворих.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «позаматкова вагітність»?
2. Які етіологія і патогенез позаматкової вагітності?
3. Яка класифікація позаматкової вагітності?
4. Яка частота різних форм позаматкової вагітності?

5. Яка клініка прогресуючої трубної вагітності ?
6. Яка клініка порушеної трубної вагітності при розриві труби?
7. Яка клініка порушеної трубної вагітності при трубному аборті?
8. Які методи діагностики прогресуючої трубної вагітності?
9. Які методи діагностики порушеної трубної вагітності?
10. Яка диференційна діагностика позаматкової вагітності?
11. Які методи лікування прогресуючої трубної вагітності?
12. Які методи лікування порушеної трубної вагітності?
13. Які методи діагностики і лікування яєчникової вагітності?
14. Які методи діагностики і лікування шийкової вагітності?
15. Які методи діагностики і лікування абдомінальної вагітності?
16. Яка невідкладна допомога при тяжкій формі позаматкової вагітності?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез у хворої, що госпіталізована до стаціонару з підозрою на позаматкову вагітність.
2. Провести загальний та спеціальний огляд хворої з підозрою на позаматкову вагітність.
3. Скласти план обстеження у хворої з підозрою на позаматкову вагітність.
4. Оцінити результати лабораторного обстеження хворої з підозрою на позаматкову вагітність.
5. Оцінити результати ультразвукового обстеження хворої з підозрою на позаматкову вагітність.
6. Оцінити результати інструментального обстеження хворої з підозрою на порушену трубну вагітність
7. Скласти план лікування при прогресуючій позаматковій вагітності?
8. Скласти план лікування при порушеній позаматковій вагітності (за даними історії хвороби).
9. Оцінити стан хворої, що госпіталізована в стаціонар з діагнозом «гострий живіт», провести диференційну діагностику (при відсутності хворої, за даними історії хвороби).
10. Дати рекомендації хворій, що перенесла операцію з приводу порушеної трубної вагітності



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хвора 26 років доставлена в стаціонар в тяжкому стані: шкіра та слизові оболонки бліді, зіниці розширені, АТ 80/40 мм рт ст., пульс 120 уд/хв. слабкого наповнення і напруження, періодично втрачає свідомість. Перкусія і пальпація живота болючі. Позитивний френікус-симптом. З анамнезу з'ясовано, що остання менструація була 6 тижнів тому. Пологи -1, абортів не було, від

вагітності не стереглась. Вдома раптом відчула різкий біль внизу живота, знепритомніла. Родичі викликали «швидку допомогу».



Чи проводити діагностичну пункцію черевної порожнини через заднє склепіння?



Ні, важкий стан хворої при наявності ознак внутрішньочеревної кровотечі вимагає термінової операції без затримки часу.

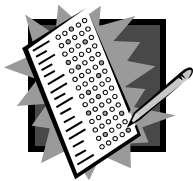
2. Хвора звернулась до жіночої консультації зі скаргами на незначні кров'янисті виділення на тлі затримки менструації на 2 тижні. В шлюбі 6 років, від вагітності не стережеться, вагітності не було. При обстеженні виявлено трохи збільшену матку, м'якої консистенції і збільшені чутливі ліві придатки матки. Тест на вагітність позитивний.



Чи можна спостерігати пацієнтку в умовах жіночої консультації?



Ні, пацієнтку для спостереження потрібно направити в гінекологічний стаціонар.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хворій 30 років, в шлюбі 4 роки, за цей час був один мимовільний аборт в 8 тижнів. Статевим життям живе з 18 років. Вагітності до шлюбу не було, від вагітності не стереглась. Апендикс не видалений. Остання менструація запізнюється на 9 днів. Напередодні відмітила незначні кров'янисті виділення з статевих шляхів. Звернулась до жіночої консультації через появу різкого болю внизу живота, нудоту, слабкість, метеоризм, однократна діарея.



Який попередній діагноз?



- A.Порушена трубна вагітність*
- B. Гострий апендицит
- C. Харчове отруєння
- D.Порушення менструального циклу.

2. Хвора 24 років прооперована з приводу порушеної трубної вагітності, виконана лівостороння тубектомія. У вагітності зацікавлена.



Які рекомендації потрібно надати жінці?



- A. Протягом 6 місяців проводити контрацепцію*
- B. Дозволити вагітність після першої менструації
- C. Визначити рівень β -ХГЛ через 2 місяці
- D. Провести контроль УЗД через місяць.

МОДУЛЬ III. ПАТОЛОГІЧНІ ПОЛОГИ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

Тема1. ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Проблема передчасних пологів має величезне медичне й соціальне значення. Ця патологія за даними ВООЗ становить 5-10%. Смертність серед недоношених дітей складає 75% від всієї неонатальної смертності. Віддаленими наслідками недоношених дітей є: патологія нервової системи (ЦНС) (церебральний параліч), затримка нервово-психічного розвитку, патологія респіраторного тракту (бронхопупльмональна дисплазія), сліпота та глухота.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «невиношування вагітності».
2. Визначення поняття передчасні пологи.
3. Класифікацію передчасних пологів.
4. Етіологію передчасних пологів.
5. Фактори ризику передчасних пологів.
6. Методи прогнозування і діагностики передчасних пологів.
7. Принципи ведення передчасних пологів.
8. Особливості тактики ведення передчасних пологів.
9. Наслідки передчасних пологів для плода різних термінів гестації.
10. Профілактику передчасних пологів.

В результаті проведеного заняття, студент повинен уміти:

1. Оцінювати фактори ризику передчасних пологів.
2. Діагностувати передчасні пологи.
3. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення для кожної вагітної з факторами ризику передчасних пологів.
4. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення передчасних пологів.
5. Надати допомогу при передчасних пологах (на фантомі).
6. Визначити ступінь ризику ускладнень для матері й плода при передчасних пологах..

III. Базові знання

1. Методи визначення терміну вагітності.
2. Визначення передбачуваного строку пологів.
2. Збирання загального і спеціальний акушерського анамнеза.
3. Методи спеціального акушерського обстеження.
4. Ознаки доношеного плода.
5. Оцінювання стану доношеного плода.
7. Ознаки початку пологової діяльності.
8. Перебіг періодів пологів.

III. Зміст навчального матеріалу

Залежно від терміну переривання розрізняють *невиношування* вагітності – мимовільне переривання в термін до 22 тижнів (за типом викидня), *недоношування* вагітності - переривання в термін з 22 до 37 тижнів (за типом передчасних пологів).

Передчасні пологи (partus praematurus) – це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності й народженням плода масою 500г та більше при

терміні вагітності від 22 повних (154 день від 1-го дня останньої менструації) до 37 повних тижнів.

Класифікація.

У зв'язку з особливостями акушерської тактики ведення пологів та виходжування дітей, які народилися в різні терміни гестації, варто виділити такі періоди:

22-27 тижнів – *занадто ранні передчасні пологи;*

28-33 тижні – *ранні передчасні пологи;*

34-37 тижнів – *передчасні пологи.*

Етіологія

Передчасні пологи в термінах 22-27 тижнів найчастіше зумовлені інфікуванням нижнього полюсу плідного міхура та його передчасним розривом, істміко-цервікальною недостатністю.

Передчасні пологи в термінах гестації 28-33 тижні обумовлені різноманітними причинами. Можуть відігравати роль акушерські причини (неправильне положення плода, передлежання плаценти, багатопліддя, багатоводдя, вади розвитку матки, імунологічні конфлікти при вагітності, пізні гестози, плацентарна недостатність тощо), інфантилізм, екстрагенітальна патологія, інфекційні захворювання матері, негативний вплив наколишнього середовища, шкідливі звички, стреси тощо.

Факторами ризику передчасних пологів є:

- низький соціально-економічний рівень життя;
- психо-емоційні розлади;
- передчасні пологи в анамнезі;
- передчасне відходження навколоплідних вод;
- безсимптомна бактеріурія;
- хоріоамніоніт;
- кровотечі під час вагітності;
- істміко-цервікальна недостатність
- аномалії розвитку матки;
- вік матері молодше 18 і старше 35 років;
- низька вага тіла до вагітності;
- паління, наркоманія, стрес;
- багатоплідна вагітність;
- уроджені вади розвитку плода;
- захворювання матері;
- травми під час вагітності;
- неодноразове переривання вагітності на пізніх термінах;
- бактеріальний вагіноз у жінок з передчасними пологами в анамнезі.

Незважаючи на те, що фактори ризику розвитку передчасної пологової діяльності добре відомі, на даний момент не існує ефективної стратегії попередження передчасних пологів. Однак доведено, що виявлення й лікування бактеріального вагінозу й безсимптомної бактеріурії у жінок, особливо у тих, які мали в анамнезі передчасні пологи, знижує ризик народження плодів з низькою масою тіла, передчасного відходження навколоплідних вод.

Прогнозування передчасних пологів

1. Наявність фетального фібронектину (fFN), який структурно відрізняється від фібронектину тканин дорослих в секреті шийки матки та піхви у II і III триместрах вагітності, дозволяє виявити жінок з високим ризиком передчасних пологів.

Поява fFN пов'язана з відокремленням амніотичної від децидуальної оболонки матки та виділенням компонентів позаклітинного матрикса у цервікальний канал та піхву.

Наявність фетального фібронектину в шийково-вагінальних виділеннях у терміні до 35 тижнів асоціюється з передчасною пологовою діяльністю й передчасним народженням дитини. Відсутність фетального фібронектину вказує на низьку ймовірність пологів протягом наступних 4 тижнів навіть при наявності маткових скорочень.

2. Вимірювання довжини шийки матки при трансвагінальному УЗД. Довжина шийки залежить від терміну гестації. Середня довжина шийки матки у терміні 24 тижнів становить 34-36мм. Імовірність передчасних пологів збільшується, якщо довжина шийки матки становить менш 25мм, при довжині шийки матки менше або рівною 15мм ризик передчасних пологів складає 50%.

Діагностика передчасних пологів

1. Поява після 22 тижнів вагітності переймоподібного болю унизу живота і в крижах зі слизово-кров'яними або водянистими (у випадку відходження навколоплідних вод) виділеннями з піхви.
2. Наявність однієї перейми за 10 хвилин, тривалістю 15-20 секунд, що приводить до зміни форми й розташування шийки матки - прогресивного її скорочення й згладжування.
3. Поступове опускання голівки плода в малий таз.

Принципи ведення передчасних пологів

1. Оцінка ступіня прогнозованого ризику розвитку материнської й перинатальної патології з метою визначення рівня стаціонарної допомоги. На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у терміні до 34 тижнів в медичних установах III рівня акредитації, в яких є умови для проведення інтенсивної терапії й реанімації недоношених немовлят. Доцільно забезпечити права породіллі в присутності близьких на родах.
2. Визначення плану ведення пологів і поінформованої згоди його з жінкою.
3. Контроль стану матері й плода з веденням партограми (А). Після 30 тижнів вагітності за наявності відповідного обладнання та навченого медичного персоналу контроль за станом плода рекомендовано здійснюватися шляхом постійного фетального моніторингу (кардіотокографії).
4. Використання кортикостероїдів з метою профілактики респіраторного дистрес-синдрому до 34 тижнів вагітності.
5. Знеболювання пологів за показаннями.
6. Оцінка стану недоношеного новонародженого та забезпечення належного догляду: підтримка теплового ланцюжка, проведення первинного туалету новонародженого, спільне перебування матері й дитини з перших годин після народження, більш широке використання методу "кенгуру" у дітей з малою масою.
7. Забезпечення необхідного лікування новонародженого за показаннями: своєчасна та адекватна первинна реанімація у пологовій кімнаті, швидке транспортування у відділення реанімації новонароджених з дотриманням

принципів теплового ланцюжка, респіраторна підтримка та використання сурфактанту, раціональне використання антибіотиків.

Особливості тактики ведення передчасних пологів

1. Спостереження за станом матері та плода без проведення внутрішнього акушерського дослідження до 34 тижнів проводиться в умовах акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги.

При необхідності, якщо немає протипоказань, транспортувати вагітну в стаціонар III рівня.

Протипоказання до транспортування: нестабільний стан вагітної та нестабільний стан плода, кінець I періоду пологів, відсутність досвідченого супровідного, погані погодні умови або інші небезпечні під час переїзду фактори.

2. Використання кортикостероїдної терапії дозволяє значно знизити ризик респіраторного дистрес-синдрому. Бетаметазон і дексаметазон, проникаючи через плаценту, стимулюють ферменти, що прискорюють дозрівання легеневої тканини плода. Для досягнення повноцінного результату необхідно 48 годин. Але навіть незавершений курс стероїдної терапії може мати відчутний ефект.

Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода проводиться **до 34 тижнів вагітності:**

- при загрозі передчасних пологів в/м введення дексаметазону по 6мг кожні 12 годин (на курс 24мг) (A), або бетаметазону по 12мг кожні 24 години (на курс 24мг) (A);
- у разі початку передчасних пологів введення дексаметазону в/м по 6 мг кожні 6 годин (на курс 24мг) (C), або бетаметазону по 12мг через 12 годин (на курс 24мг).

Повторні курси профілактики кортикостероїдами не проводять (A).

Застосування кортикостероїдів у термінах 22-28 тижнів не має значного впливу на частоту респіраторного дистрес-синдрому новонароджених але супроводжується достовірним зниженням частоти тяжких інтравентрікулярних крововиливів, некротизуючого ентероколіту, відкритого артеріального протока, а також покращує результати терапії сурфактантом та дозволяє зменшити його дозу.

Застосування кортикостероїдів у термінах 28-34 тижнів супроводжується достовірним зниженням рівня респіраторного дистрес-синдрому новонароджених, тяжких інтравентрікулярних крововиливів, некротизуючого ентероколіту, системних інфекцій протягом перших 48 годин після народження, а також рівня неонатальної смертності.

Повторні курси терапії кортикостероїдами до 34 тижнів вагітності не ефективні. Так, вони знижують частоту та тяжкість респіраторного дистрес-синдрому новонароджених, але не знижують перинатальну смертність. Більше того, повторні курси такого лікування в антенатальному періоді можуть мати негативні наслідки для плода, а саме, зниження маси тіла немовляти, затримка психічного розвитку та порушення поведінки, підвищення ризику сепсису.

Слід визнати, що лише використання бетаметазону у порівнянні з дексаметазоном супроводжується достовірним зниженням рівня перинатальної смертності.

Якщо показано екстрене розродження то не очікують ефекту від стероїдів.

Кортикостероїди не слід використовувати при наявності інфекції, в зв'язку з ризиком імуносупресії (A). Стероїдна терапія приводить до підвищення лейкоцитів та рівня глюкози в крові, тому варто обережно використовувати у вагітних з діабетом.

3. Очікувальна тактика (без індукції пологової діяльності) при передчасному відходженні навколоплідних вод може бути обрана:

- у вагітних з низьким ступенем прогнозованого перинатального і акушерського ризику (А);
- при задовільному стані плода;
- за відсутності клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла $\geq 38^{\circ}\text{C}$, запах навколоплідних вод, серцебиття плода ≥ 170 уд/хв; наявність двох або більше симптомів дає підставу для встановлення діагнозу хоріоамніоніту);
- за відсутності ускладнень після виливання навколоплідних вод (випадіння петель пуповини, відшарування плаценти та інших показань для ургентного розродження).

4. Токолітична терапія проводиться до 34 тижнів вагітності при розкритті шийки матки менш чим 3 см, або при лікуванні загрози передчасних пологів з метою проведення терапії кортикостероїдами й при необхідності переведення вагітної в неонатальний центр, не більше 24-48 годин (А). Через 2 години після початку токолізу пудтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування і розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відміняється (А).

Для токолітичної терапії можуть застосовуватися антагоністи окситоцину, бета-міметики, блокатори кальцієвих каналів та магнію сульфат. Методи токолізу обираються індивідуально.

Протипоказання до токолізу при передчасних родах:

- будь-які протипоказання до пролонгування вагітності;
- гестаційна гіпертензія із протеїнурією та інші медичні
- протипоказання;
- хоріоамніоніт;
- зрілий плід;
- загибель плода або несумісність з життям вади розвитку плода;
- протипоказання до окремих токолітичних агентів.

Застосування токолітичних препаратів пролонгує вагітність, але не має доказів, що це приводить до зниження перинатальної захворюваності й смертності.

Антагоністи окситоцину – антоцин, антозибан – в порівняльних дослідженнях мають однакову ефективність з бета-міметиками. При застосуванні антагоністів окситоцину значно рідше виявляють побічні ефекти зі сторони матері.

Бета-міметики сприяють пролонгуванню вагітності, але не приводять до зниження перинатальної смертності. З метою токолізу застосовують бета-миметики гініпрал, рітодрин та їх аналоги (гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/в інфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину).

Використовувати орально таблетовані токолітики для підтримуючої терапії після успішного лікування передчасних пологів не рекомендується

Використання блокатору кальцієвих каналів ніфедіпіну з метою токолізу супроводжується достовірним пролонгуванням вагітності, зменшенням частоти некротизуючого енероколіту, інтравентрикулярних крововиливів, але будь який вплив на показник перинатальної смертності відсутній. Ніфидепін призначають по 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин впродовж першої години до припинення схваток, потім призначають 20 мг 3 рази на добу в залежності від маткової активності.

Не відзначена ефективність призначення при пролонгуванні вагітності: ліжкового режиму, седації, сульфату магнію.

При використанні магнезійного токолізу у порівнянні з іншими токолітиками збільшується антенатальна й дитяча смертність (5% проти 2%).

Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відмінюють [A].

Далі, з метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, та з метою своєчасного прийняття обґрунтованого рішення щодо подальшої тактики ведення передчасних пологів та визначення обсягу необхідних втручань використовують запис партограми [A]. Ведення партограми не виключає одночасні записи в історії пологів при передчасних пологах.

5. Призначення *інтранатальної антибактеріальної* терапії проводиться у випадках наявності ознак інфекції (A).

При передчасному відходженні навколоплідних вод і недоношеній вагітності профілактичне призначення антибіотиків приводить до статистично достовірного зниження частоти післяпологових інфекцій у матері, неонатальної інфекції, виявлення позитивної гемокультури (A). Макролідам надають перевагу над антибіотиками більш широкого спектра дії, тому що при рівній ефективності з напівсинтетичними пеніцилінами або цефалоспоринами макроліди приводять до меншої кількості ускладнень.

При 35-36 тижнях вагітності за умови відсутності ознак інфекції антибактеріальну терапію починають через 18 годин безводного проміжку (A). При відсутності розвитку спонтанної пологової діяльності через 24 години проводиться внутрішнє акушерське дослідження. В випадку зрілої шийки матки індукція починається зранку (не раніше 6 годин) окситоцином або простагландінами (B), а при незрілій шийці матки проводиться підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E₂ (A). За показаннями – кесарський розтин (A).

6. Знеболювання пологів, при інформованій згоді вагітної, проводиться так, як і при веденні фізіологічних пологів. Наркотичні анальгетики не використовуються (A).

7. Ведення II й III періодів таке ж, як і при фізіологічних своєчасних пологах.

8. Рутинна пудентальна анестезія або епізіо-перинеотомія не проводяться (A). II період пологів ведеться в присутності неонатолога, після народження немовля передається неонатологу.

9. Призначення клізми й гоління лобка роділлі, як і при фізіологічних пологах не проводиться. У ранньому післяпологовому періоді міхур із льодом на низ живота не застосовують.

Наслідки передчасних пологів для плода різних термінів гестації

В терміні гестації 22-27 тижнів легені плода незрілі, призначення кортикостероїдів матері не знижує частоту та тяжкість респіраторного дистрес-синдрому новонароджених. Надзвичайно висока перинатальна смертність. Серед усіх недоношених новонароджених у цій групі найчастіше мають місце наступні віддалені наслідки:

- патологія центральної нервової системи (наприклад церебральний параліч);
- затримка нервово-психичного розвитку;
- патологія респіраторного тракту (бронхопульмональна дисплазія);
- сліпота та глухота.

В терміні вагітності 28-33 тижні легені плода незрілі, але призначення кортикостероїдів матері призводить до прискорення їх дозрівання та достовірного зниження рівня респіраторного дистрес-синдрому новонародженого.

Наслідки передчасних пологів на плід у термінах гестації 34-37 тижнів найбільш сприятливі в порівнянні з попередніми групами, так як плід вже має зрілі легені.

Профілактика передчасних пологів

1. Оцінювання факторів ризику передчасних пологів та, за можливості, їх усунення.
2. Своєчасне і адекватне лікування акушерської патології, що несе ризик передчасних пологів.
3. Облік в жіночих консультаціях вагітних з ризиком передчасних пологів, вживання заходів щодо оздоровлення їх праці і побуту, загального оздоровлення організму, забезпечення раціонального харчування, психотерапії.
4. Застосування методів прогнозування передчасних пологів в групі вагітних високого ризику акушерської патології.
5. Своєчасна госпіталізація в акушерські стаціонари в разі появи загрози передчасних пологів.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий етап* - мотивація теми, контроль вихідного рівня базового й основних знань шляхом відповіді на контрольні питання.

Б. *Основний етап* - самостійна робота студентів під контролем викладача. У відділенні патології вагітних збирають анамнез у вагітних із загрозою передчасних пологів, оцінюють фактори ризику, складають план ведення вагітності, призначають лікування. В учбовій кімнаті на фантомі демонструють тактику ведення передчасних пологів, виписують рецепти на необхідні ліки.

В. *Заключний етап* - контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення завдань, усних виступів про зроблену роботу, проведення диференціального діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження по ходу заняття з оцінкою знань студентів, домашнє завдання.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, кабінет функціональної діагностики, пологовий зал.

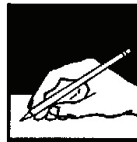
Оснащення: таблиці, слайди, ультразвуковий сканер, історії (передчасних) пологів, фантоми, ляльки.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що містить у собі поняття "передчасні пологи"?
2. Яка класифікація передчасних пологів?

3. Які причини передчасних пологів?
4. Які фактори ризику передчасних пологів?
5. Які методи прогнозування передчасних пологів?
6. Які методи діагностик передчасних пологів?
7. Які принципи ведення передчасних пологів?
8. Які методи профілактики респіраторного дистрес- синдрому недоношеного новонародженого?
9. Які методи токолітичної терапії при загрозі передчасних пологів?
10. Які протипоказання для токолізу при загрозі передчасних пологів?
11. Яка тактика застосування інтранатальної антибіотикотерапії при передчасних пологах?
12. Які особливості ведення I, II та III періодів при передчасних пологах?
13. Які наслідки передчасних пологів для плода різних термінів гестації?
14. Які методи профілактики передчасних пологів?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Оцінювати фактори ризику передчасних пологів при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення вагітності для кожної вагітної з факторами ризику передчасних пологів.
3. Діагностувати передчасні пологи (за даними історії пологів).
4. Призначити лікування при загрозі передчасних пологів, виписати рецепти.
5. Призначити ліки для профілактики респіраторного дістрес-синдрому новонароджених.
6. Скласти й обґрунтувати план ведення передчасних пологів (за даними історії пологів).
7. Надати допомогу при передчасних пологах (на фантомі).
8. Визначити ступінь ризику ускладнень для матері й плода при передчасних пологах (за даними історії пологів).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 26 років. Вагітність IV, 32 тижні. Пологи II, I період пологів. Передчасне відходження навколоплідних вод. Пологова діяльність відсутня. В анамнезі двоє фізіологічних пологів, вага дітей 3900 й 4200 г та один штучний аборт у термін 9-10 тижнів.



Яка Ваша тактика? Чи необхідно транспортувати роділлю в стаціонар III рівня? Чи потрібно проводити профілактику дистрес-синдрому?



Показане транспортування роділлі в стаціонар III рівня, призначення профілактики респіраторного дистрес-синдрому.

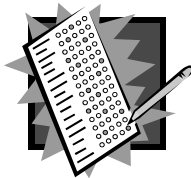
2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 роки, термін вагітності 32 тижні з болями внизу живота. Вагітність II, перша закінчилася передчасними пологами в термін 34 тижня, дитина жива. При додатковому обстеженні виявлено, що фетального фібрoneктину у вагінальному секреті не має.



Який прогноз? Тактика ведення.



Відсутність фетального фібрoneктину вказує на низьку ймовірність передчасних пологів протягом наступних 4 тижнів. Показаний токоліз.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 34-35 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі на протязі 10 годин, відходження навколоплідних вод 12 годин тому. Для вибору тактики ведення вагітної проведено вагінальне дослідження, кардіотокографія.



Які данні *не свідчать* про початок I періоду передчасних пологів?



- A. Наявність однієї перейми за 10 хвилин тривалістю 15-20 сек
- B. Згладжування і відкриття шийки матки
- C. Опускання голівки в малий таз
- D. Відходження навколоплідних вод*

2. В акушерському стаціонарі перебуває вагітна в термін 26-27 тижнів з загрозою передчасних пологів. Отримує токолітичну терапію, профілактику респіраторного дистрес-синдрому новонародженого.



У разі розвитку і завершення пологів до якого типу їх треба віднести ?



- A. Занадто ранні передчасні пологи*
- B. Ранні передчасні пологи;
- C. Передчасні пологи.
- D. Своєчасні пологи.

Тема 2. АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Значна частина патологічних станів, що виникають під час пологів, зумовлена аномаліями пологової діяльності. Своєчасна діагностика порушення моторної функції матки, вибір раціональної тактики розродження у випадках аномалії пологових сил, адекватне лікування і профілактика виникнення цих станів, є важливим аспектом зниження перинатальних і материнських ускладнень.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «аномалії пологової діяльності».
2. Етіологію і патогенез аномалій пологової діяльності.
3. Фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності.
4. Класифікацію аномалій пологової діяльності.
5. Клініку різних форм аномалій пологової діяльності.
6. Методи діагностики аномалій пологової діяльності.
7. Тактику проведення пологів та розродження при патологічному прелімінальному періоді.
8. Тактику проведення пологів та розродження при слабкості пологової діяльності.
9. Тактику проведення пологів та розродження при надмірно сильній пологовій діяльності.
10. Тактику проведення пологів та розродження при дискоординованій пологовій діяльності;
11. Профілактику аномалій пологової діяльності.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Оцінити фактори ризику розвитку аномалій пологової діяльності.
2. Оцінити характер пологової діяльності.
3. Провести диференційний діагноз аномалій пологової діяльності.
4. Скласти план ведення пологів при різних видах аномалій пологової діяльності.
5. Застосувати медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

III. Базові знання

1. Будова кісткового жіночого таза, жіночих статевих органів, кровопостачання органів малого таза.
2. Фізіологія вагітності та пологів.
3. Біомеханізм пологів при потиличному передлежанні.
4. Фармакодинаміка препаратів, які впливають на м'язи матки.
5. Засоби знеболення пологів і порядок їх призначення.
6. Зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження.
7. Оцінка ступеня зрілості шийки матки за шкалою Бішопа.

IV. Зміст навчального матеріалу

Аномалії родової діяльності – це стан, коли частота, тривалість, ритм і сила переймів і потуг не забезпечують динамічного, у межах фізіологічних параметрів часу, просування плода й вигнання його без порушення біомеханізму пологів. Можливі порушення кожного з показників скорочувальної діяльності матки - тонуусу матки, ритму, частоти й координації скорочень, інтервалів між переймами, потугами, тривалості пологів.

Етіологія аномалій пологової діяльності

Характер і перебіг пологів залежить від багатьох факторів, які визначаються як готовність організму вагітної до родів. Готовність організму до родів формується тривалий час за рахунок процесів, які відбуваються в материнському організмі від моменту запліднення й розвитку плодового яйця до початку пологів. По суті пологи є логічним завершенням багатоланкових процесів в організмі вагітної й плода. Під час вагітності з ростом і розвитком плода виникають складні гормональні, гуморальні, нейрогенні взаємини, які забезпечують перебіг родового акту. *Домінанта пологів* є не що інше, як єдина функціональна система, що поєднує такі ланки, як церебральні структури — гіпофізарна зона гіпоталамуса - передня доля гіпофізу – яєчник - матка із системою плацента-плід. Порушення на окремих рівнях цієї системи як з боку матері, так і плода-плаценти призводять до відхилення від нормального перебігу пологів, що, у першу чергу, проявляється порушенням скорочувальної діяльності матки (СДМ).

Важлива роль як в індукції (тобто початку розвитку пологів), так і в перебігу пологів належить плоду. Маса плода, генетична завершеність розвитку, імунні взаємини плода й матері впливають на родову діяльність. Сигнали, що надходять із організму зрілого плода, забезпечують інформування материнських компетентних систем, ведуть до придушення синтезу імуносупресорних факторів, зокрема пролактину, а також хоріального гонадотропіну. Змінюється реакція організму матері до плода як до алотрансплантату. У фетоплацентарному комплексі змінюється стероїдний баланс убік накопичення естрогенів, що збільшують чутливість адренорецепторів матки до окситоцину, простагландинів, норадреналіну. Підсумовування цих сигналів забезпечує той або інший характер родової діяльності.

Регуляція скорочувальної функції матки включає три основних компоненти:

- 1) міогенна регуляція - заснована на особливостях морфофункціональної структури й кровопостачання матки;
- 2) нейрогенна регуляція - заснована на чіткій взаємодії периферичних і центральної нервової систем;
- 3) ендокринна регуляція - включає взаємодію функцій ендокринної системи жінки й фетоплацентарного комплексу.

Порушення у взаємодії однієї з вищевказаних ланок призводить до розвитку аномалій родової діяльності.

Фактори ризику

Причини виникнення аномалій родової діяльності можна розділити на 5 груп:

- 1) Фактори, пов'язані з патологією репродуктивної системи: штучні аборти, операції на матці, лейоміоми матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік роділлі, нейроендокринні порушення.
- 2) Акушерські фактори: передчасне відходження навколоплідних вод, диспропорція між розмірами голівки плода й розмірами родового каналу, дистрофічні й структурні зміни в матці, ригідність тканин шийки матки, "незріла шийка матки", перерозтягнення матки у зв'язку із багатоводдям і багатоплідністю, аномалії розташування плаценти, тазове передлежання плода, пізні гестози, плацентарна дисфункція.
- 3) Загальносоматичні захворювання, інфекції, інтоксикації, органічні захворювання центральної нервової системи, нейроендокринні порушення різного генезу, судинні дистонії, ожиріння, енцефалопатії, психоемоційні стани, анемії, серцеві пороки.
- 4) Фактори, обумовлені впливом організму плода: великий плід, гіпотрофія плода, хромосомні аберації, переносування вагітності, імуноконфліктна

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

Класифікація аномалій пологової діяльності

Існує більше 20 класифікацій аномалій родової діяльності, але всі вони в різних варіаціях розглядають три основні аномалії:

- 1) Гіпоактивність або інертність матки (рідкі, короткі, слабкі перейми);
- 2) Гіперактивність матки (надмірно сильні, судомні перейми);
- 3) Дискоординація маткових скорочень (нерівномірні, безладні, спастичні перейми).

Класифікація аномалій пологової діяльності МКХ-10

Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та зтяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Зтяжні пологи	O63
Зтяжний перший період пологів	O63.0
Зтяжний другий період пологів	O63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т. д.	O63.2
Зтяжні пологи, неуточнені	O63.9

Клінічна класифікація аномалій пологової діяльності (ВООЗ, 1995)

Первинна слабкість пологової діяльності:

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

Вторинна слабкість пологової діяльності:

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

Інші види аномалій пологової діяльності:

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

Стрімкі пологи.

Гіпертонічні, некоординовані і зтяжні скорочення матки:

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

В Україні використовується наступна класифікація.

I. Патологічний прелімінарний період (хібні перейми, або несправжні пологи).

II. Слабкість родової діяльності (гіпоактивність, або інертність матки):

- 1) первинна (уповільнена латентна фаза пологів);
- 2) вторинна (уповільнена активна фаза пологів);
- 3) слабкість потуг (уповільнений період вигнання):

- а) первинна;
- б) вторинна.

III. Надмірно сильна родова діяльність (гіперактивність матки).

IV. Дискоординована родова діяльність.

- 1) Дискоординація пологової діяльності;
- 2) Гіпертонічна дисфункція матки;
- 3) Тетанічні скорочення матки (судомні перейми);
- 4) Циркулярна дистопія шийки матки (контракційне кільце).

Методи оцінки готовності організму вагітної до пологів.

Одним з основних критеріїв успіху при початку родової діяльності є біологічна готовність організму вагітної до родів. Це стан найбільш виражено проявляється в змінах, які відбуваються в статевій системі. З метою оцінки змін, які свідчать про стан готовності, використовують різні методи: визначення ступеню зрілості шийки матки, оцінка чутливості матки до тономоторних речовин, цитологічне дослідження вагінальних мазків. Крім того, відіграють роль паритет (які пологи за рахунком), термін вагітності, локалізація плаценти, стан плода, місце знаходження передлеглої частини.

1. Із всіх тестів найбільш легко здійсненним є *метод пальпаторного дослідження шийки матки з метою оцінки ступеня її зрілості*. Інформативними ознаками при визначенні ступеня зрілості шийки матки є: консистенція, довжина піхвової частини, прохідність цервікального каналу, розташування шийки матки в порожнині малого таза. З цією метою використовують оцінку зрілості шийки матки за шкалою Бішопа (див. розділ «Методи дослідження вагітних пізніх термінів»).
2. *Окситоциномий тест* - спеціальна проба для визначення ступеня збудливості матки (реактивності міометрію) на внутрішньовенне введення пограничної дози окситоцину, здатної викликати скорочення матки (К. И. Сміт, 1954). Реактивність матки до окситоцину в міру прогресування вагітності поступово зростає й стає максимальною напередодні пологів. Розчин окситоцину готують безпосередньо перед проведенням окситоцинового тесту [2 ОД (0,4 мл) окситоцину розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину; в 1 мл приготовленого розчину міститься 0,01 ОД окситоцину]. Внутрішньовенно повільно вводять по 1мл (0,01 ОД) розчину з інтервалом в 1 хвилину, але не більше 0,03 - 0,05 ОД окситоцину. Його введення припиняють із появою скорочень матки. Тест вважається позитивним, якщо скорочення матки, які реєструються при гістерографії або пальпаторно, з'являються протягом перших трьох хвилин від початку введення. Позитивний окситоциновий тест вказує на можливість спонтанного настання пологів протягом найближчих 1 - 2 діб. Оцінювати окситоциновий тест тільки з погляду збудливості матки недостатньо. Необхідно одночасно реєструвати серцеву діяльність плода за допомогою кардіотокографа й, оцінюючи її, судити про стан плода та фетоплацентарної системи.
3. *Нестресовий тест*. Для його виконання використовують кардіотокограф, за допомогою якого реєструють спонтанну скорочувальну активність матки й тахограму плода протягом 40 - 60 хвилин. На підставі отриманих даних можна судити про скорочувальну активність матки та стан плода. При готовності організму до родів на гістерограмі чітко реєструються скорочення матки й видно реакцію плода на перейми, що свідчить про його стан.
4. *Мамарний тест*. С допомогою гістерографа переконуються у відсутності спонтанних скорочень матки й потім механічним подразненням соска й ареолярної області молочної залози здійснюють подразнення до появи

першого маткового скорочення. Мамарний тест вважається позитивним, якщо скорочення матки виникають у перші 3 хвилини від початку проведення тесту. Мамарний тест по своїй діагностичній цінності не поступається окситоциновому тесту.

5. *Кольпоцитологічний тест.* Цитологічне дослідження піхвових мазків дозволяє оцінити гормональний баланс жінки в останні дні вагітності. Існує 4 цитотипа піхвових мазків (Zidovsky J., 1964), по яких можна судити про ступінь біологічної готовності жінки до родів.

1 цитотип (пізній термін вагітності або навикалярний тип мазка). Він характерний для нормально прогресуючої вагітності, починаючи з 2 триместру. У мазку у вигляді скупчень переважають лад'євидні й проміжні клітини в співвідношенні 3:1. Цитоплазма клітин різко базofilьна. Лейкоцити й слиз відсутні. Еозинофільні клітини зустрічаються в 1%, з пікнозом - 3%, КПІ менше 5%. Настання пологів при цьому цитотипі можна чекати не раніше, ніж через 10 днів.

2 цитотип (незадовго до пологів). У мазку виявляється зменшення кількості лад'євидних клітин, збільшення кількості проміжних клітин. Їхнє співвідношення дорівнює 1:1. Клітини починають розташовуватися ізольовано. З'являються клітини поверхневих шарів піхвового епітелію. Еозинофільні клітини серед них становлять 2%, з пікнозом - 6%, КПІ 5-6%. Пологи можуть наступити через 4 - 8 днів.

3 цитотип (термін пологів). У мазку переважають клітини проміжного (60 - 80%) і поверхневого (25 - 40%) шарів. Лад'євидні клітини зустрічаються в 3 - 10%. Клітини лежать ізольовано. Еозинофільні клітини зустрічаються в 8%, з пікнозом - 15 - 20%. З'являються лейкоцити й слиз, КПІ - 10%. Настання пологів можливо через 1 - 5 днів.

4 цитотип (безсумнівний термін пологів). У мазку переважають клітини поверхневого шару (40 - 80%). Проміжних клітин мало. Лад'євидні відсутні або одиничні. Поверхневі еозинофільні клітини можуть бути без ядер ("червоні тіні"). Цитоплазма погано офарблюється, краї клітин малоконтрастні. Кількість еозинофільних клітин - 20%, з пікнозом клітин - 20 - 40%. Лейкоцити й слиз у вигляді скупчень, КПІ - 20%. Пологи наступають або в той же день, або протягом найближчих 3 днів.

Діагностика аномалій родової діяльності

Діагноз аномалій родової діяльності встановлюється після динамічного спостереження за роділлею протягом 8 годин у латентній фазі й 4 годин в активній фазі в порівнянні із динамікою розкриття шийки матки й просуванням передлеглої частини по родових шляхах відносно нормальної партограми. Партограма є "системою раннього сповіщення" у випадку розвитку незадовільного прогресу в родах (А).

Характер родової діяльності визначається на підставі кількісної оцінки трьох основних процесів:

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

Методи оцінки характеру родової діяльності :

1. Оцінка скорочувальної діяльності матки (СДМ):
 - суб'єктивне відчуття роділлі (неточно, різний поріг больової чутливості);
 - пальпація матки та визначення частоти і тривалості перейм та потуг;
 - зовнішня кардіотокографія, гістерографія.
2. Оцінка стану шийки матки: - вагінальне дослідження;
3. Динаміка просування передлеглої частини плода: - зовнішнє дослідження та вагінальне дослідження.

Порушення пологової діяльності виявляють по ознакам, які не відповідають таким при нормальному перебігу пологів.

Критерії оцінки характеру родової діяльності:

А. За токограмою

		Гіподинаміка	Норма	Гіпердинаміка
1.	Частота переймів за 10 хв	< 2	2—5	> 5
2.	Інтенсивність переймів (амплітуда)	< 30 мм. рт. ст.	30 — 50 мм. рт. ст.	>50 мм. рт. ст.
3.	Тривалість переймів	< 50 сек	60—100 сек	> 100 сек
4.	Аритмічність (хв)	3 >	1—2	< 1

Б. За динамікою розкриття шийки матки

	Гіподинаміка	Норма	Гіпердинаміка
1. Латентна фаза (тривалість)	>	7,5 годин (5)	<
(Згладжування шийки матки, темпи розкриття до 3 — 4 см)	<	0,35 см/година	>
2. Активна фаза (тривалість)	>	2—3 годин (1—1,5)	<
(темпи розкриття від 4 до 8 см)	<	1 см/год (1 см/год)	>
3. Фаза уповільнення (тривалість)	>	1,5— 2 годин (1—1,5)	<
(темпи розкриття від 8 до 10 см)	<	1,0 см/год (1,5см/год)	>
тривалість 1 періоду, год	> 18год(14)	10—12год (6—7)	< 4

Примітка: У дужках представлені цифри для повторнонароджуючих.

Патологічний прелімінарний період (удавані, хибні перейми)

Патологічний прелімінарний період характеризується нерегулярними різної тривалості й інтенсивності переймоподібними болями внизу живота, в області попереку й хрестця. Триває більше 6 годин, можливо до 24 - 48 годин, Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки. Жінка тривалий час не спить, виснажується. Відсутність розкриття шийки матки протягом чотирьох годин свідчить про **хибні перейми**.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед родами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може безпосередньо переходити в слабкість родової діяльності.

Для патологічного прелімінарного періоду характерна недостатня продукція гормонів фетоплацентарного комплексу, зниження активності симпатичної ланки симпатоадреналової системи, зменшення накопичення серотоніну в крові вагітної. Патологічна імпульсація з рецепторів статевих органів приводить до розвитку функціональних змін у ЦНС і порушення координації скорочень поздовжніх і циркулярних шарів міометрію.

Лікування патологічного прелімінарного періоду:

- однократне застосування токолітичної терапії β_2 -адреноміметиками (гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно – 10-15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань (А).
- седативні, заспокійливі засоби (діазепам до 30 мг у добу при внутрішньовенному введенні; 1 мл 2 % розчину промедолу) (С);.
- при незрілій шийці матки - підготовка до родів інтравагінальним введенням простагландину Е2 (А).

При патологічному прелімінарному періоді існує велика небезпека розвитку дискоординованої родової діяльності.

Протипоказання до застосування β -адреноміметиків (А): гіперчутливість; передчасне відшарування плаценти; маткова кровотеча; ендометрит; серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією або порушеннями серцевого ритму; міокардит; вади мітрального клапану; стеноз аорти; тяжкі ураження печінки та нирок; гіпертиреоз; глаукома.

Побічна дія β -адреноміметиків (А): - біль голови; запаморочення; тремор; тахікардія; шлуночкова екстрасистоля; болі у серці, зниження АТ; гіпокаліємія, зниження діурезу; набряки. У разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд./хв.) показано введення верапамілу та препаратів калію. Введення глюкокортикоїдів на фоні інфузії гексопреналіну може спричинити набряк легень у роділлі.

Протипоказання до застосування простагландинів (А): органічні захворювання серця; захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз); виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт; тяжкі порушення функції нирок та печінки; глаукома; епілепсія; тиреотоксикоз; захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія); системні захворювання сполучної тканини; інфекції нижніх відділів статевих шляхів; алергія на простагландин Е2; оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), лейоміома, аномалії розвитку матки.

Препарати окситоцинового ряду протипоказані через небезпеку посилення спастичного скорочення циркулярних м'язів шийки й нижнього сегменту матки. Не рекомендується використовувати естрогени й простагландин F2-альфа з метою підготовки до розродження.

Слабкість пологової діяльності

Слабкість пологової діяльності - це стан, при якому інтенсивність, тривалість і частота переймів недостатні, а тому згладжування, розкриття шийки матки й просування плода при його відповідності з розмірами таза йде вповільненими темпами.

Етіологія. Слабкість родової діяльності - результат недостатності імпульсів, які викликають, підтримують і регулюють скорочувальну діяльність матки, так і нездатність матки сприймати ці імпульси.

Патогенез.

1. Зниження рівня естрогенів і підвищення вмісту прогестерону.
2. Недостатня продукція окситоцина, простагландинів, серотоніну, ацетилхоліну й інших тономоторних медіаторів.
3. Зменшення концентрації окситоцинових і простагландинових рецепторів матки.
4. Висока активність ферментів окситоцинази, кинази, холинестерази, моноаміноксидази.
5. Зниження інтенсивності окислювально-відновних процесів і порушення процесу споживання кисню в біометрії.
6. Недостатнє накопичення макроергів - актоміозину, фосфокреатиніну, глікогену.
7. Стоплення м'яза матки й перехід на анаеробний шлях окислювання.

Розрізняють первинну й вторинну слабкість родової діяльності.

Первиною - називають слабку родову діяльність, що виникає на самому початку пологів і триває протягом періоду розкриття, може продовжуватися й до кінця пологів. Слабкість родової діяльності, що виникає після періоду тривалої регулярної родової діяльності й виявляється в характерних ознаках, зазначених вище, називають **вторинною**.

Слабкість потуг характеризується їхньою недостатністю. У практичному

акушерстві слабкість потуг відносять зазвичай до вторинної слабкості родової діяльності.

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

Незадовільний прогрес в пологах може бути своєчасно виявлений за допомогою використання партограми (А).

Діагностика незадовільного прогресу пологів (С)

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості й інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Хибні перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки відкрита менше ніж на 4 см	Уповільнена латентна фаза пологів
Менш трьох переймів за 10 хвилин, тривалість кожної менш 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год). Крива розкриття шийки матки на партограмі розміщена праворуч від лінії тривоги.	Уповільнено активну фазу пологів. Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки й опускання передлеглої частини за умови наявності активної родової діяльності.	Диспропорція голівки плода й таза матері
Активна родова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого таза. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 година в повторнородящих).	Уповільнений період вигнання

Лікування слабкості родової діяльності (А)

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

Умови призначення утеротонічних засобів:

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

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

клінічно вузький таз; оперована матка; неправильні положення плода; дистрес плода; передлежання плаценти; передчасне відшарування нормально й низько розташованої плаценти; відновлений розрив промежини III ступеня; дистоція, атрезія, рубцові зміни шийки матки; гіперчутливість до окситоцину.

Методика введення окситоцину з метою лікування слабкості родової діяльності.

З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6-8 крапель/хв. (0,5-1,0 мл/хв.). При досягненні ефекту через 10 хвилин швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хвилин на 6 крапель (0,5 мл/хв). Максимальна швидкість введення не повинна перевищувати 40 крапель в одну хвилину.

Критерієм досягнення регулярної адекватної родової діяльності без

гіперстимуляції матки вважається наявність 3 - 4 маткових скорочень за 10 хвилин при тривалості скорочень 40-50 сек. Стимуляція проводиться одночасно зі спостереженням за станом плода.

Методика введення простагландинів з метою лікування слабкості родової діяльності

Простагландин E 2 - латентна фаза пологів.

Для внутрішньовенної інфузії 0,75 мг (1 ампула) простагландину E2 (випускається у вигляді концентрату для інфузії) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вводять крапельно. Початкова швидкість інфузії, що підтримують не менше 30 хв., становить 5-8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньої. У випадку відсутності ефекту швидкість введення збільшують щогодини до одержання ефекту (не більше 25 - 30 крапель/хв.).

Простагландин F2 альфа - активна фаза пологів.

Для внутрішньовенної інфузії 5 мг простагландину F2 альфа (ензопрост) розчиняють в 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію й вводять крапельно зі швидкістю 6-8 крапель у хвилину. Початкова швидкість інфузії, що підтримують не менше 30 хв., становить 5-8 крапель/хв. При досягненні ефекту швидкість введення залишається попередньої. При відсутності ефекту швидкість введення збільшують щогодини до одержання ефекту (не більше 25 -30 крапель/хв.).

Ускладнення. Використання окситоцину і простагландинів повинно супроводжуватись ретельним моніторингом за прогресом пологової діяльності, станом матері та плода. Передозування приводить до розвитку гіпертонусу матки, скорочення набувають характер судом, погіршується маточно-плацентарний кровообіг, розвивається дистрес плода, зростає загроза відшарування плаценти, ризик родової травми й хірургічного втручання за невідкладними показаннями.

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

Діагностика та лікування слабкості родової діяльності при пологах в потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів

Характер родової діяльності	Перші пологи	Повторні пологи	Лікування
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільнена латентна фаза)	> 8 годин	> 4-5 годин	1. Амніотомія 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину або простагландину E2. 3. Оцінка ефективності через 4-6 годин з переглядом подальшої тактики ведення пологів: <ul style="list-style-type: none"> • визначення динаміки розкриття шийки матки та просуванням голівки кожні 2 години; • внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4. При відсутності переходу в активну фазу пологів після 6 годин родостимуляції окситоцином - розродження операцією кесаревого розтину.

Активна фаза			
1. Уповільнене розкриття шийки матки 2. Уповільнене просування голівки плода щодо площини входу в малий таз	< 1см/год	< 1 см/год.	1. Амніотомія та нагляд протягом 2-х годин при активному поводженні роділлі 2. Родостимуляція в/венним крапельним введенням окситоцину. Кесарів розтин проводять за умови неефективної родостимуляції або клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері.
Збільшення тривалості періоду вигнання	> 2 год.	> 1год.	1. Діагностика клінічної невідповідності розмірів голівки плода й таза матері. При клінічній невідповідності - операція кесаревого розтину. 2. Родостимуляція в/венним крап. введенням окситоцину. 3. При відсутності ефекту від родостимуляції або приєднанні дистресу плода, залежно від місця розташування голівки плода - вакуум-екстракція плода або використання акушерських щипців.

Вторинна слабкість пологової діяльності.

Ця патологія зустрічається значно рідше, ніж первинна. Вона ускладнює близько 2% пологів. При зазначеній патології має місце вторинне ослаблення переймів - зазвичай наприкінці періоду розкриття (в активній фазі) або в період вигнання. До прояву даної аномалії родова діяльність розвивається в нормальному темпі.

Етіологія. Причини розвитку вторинної слабкості родової діяльності часто мають спільну природу з первинною, однак, виразність несприятливої дії їх слабкіше й негативний вплив позначається пізніше. Крім того, вторинна слабкість переймів може бути наслідком перешкоди просуванню плода (невідповідність розмірів плода й малого таза роділлі, неправильні положення плода, рубцові зміни шийки матки, пухлини в малому тазі). Тазове передлежання плода, задній вид потиличного передлежання, запізнений розрив плодового міхура, ендометрит часто супроводжуються вторинною слабкістю.

Вторинна слабкість родової діяльності може мати ятрогенне походження: безладне призначення скорочуючих, знеболюючих та спазмолітичних препаратів.

Слабкість родової діяльності, що проявляється непродуктивними потугами (*слабкість потуг*), деякі акушери виділяють в окремий варіант аномалії родової діяльності. Недостатність мускулатури передньої черевної стінки в багатонароджуючих, грижі білої лінії, пупочні й пахові грижі, захворювання нервової системи (поліомієліт, міастенія, травми хребта), ожиріння - все це може порушувати розвиток потуг. Нерідко слабкість потуг залежить від характеру передлеглої частини: тазовий кінець не робить належного тиску на нервові закінчення в малому тазі. Слабкість потуг може спостерігатися у випадку втоми роділлі й виснаження енергетичних можливостей мускулатури матки.

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

Діагностика. Вторинна слабкість родової діяльності діагностується на підставі оцінки переймів, розкриття маткового зів'язу й просування передлеглої частини. Динамічне спостереження за цими параметрами за допомогою зовнішнього й внутрішнього

акушерського дослідження цілком дозволяє вчасно поставити правильний діагноз. Однак гістерографія та кардіомоніторний контроль дають більше об'єктивної інформації про характер перейм і одночасно допомагають виявити найменші ознаки неблагополуччя плода, що має велике значення для вибору тактики подальшого ведення пологів.

Дуже важливо своєчасно провести диференційну діагностику між вторинною слабкістю родової діяльності й клінічною невідповідністю між розмірами таза матері та голівки плода.

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

Якщо вторинна слабкість настає, коли голівка перебуває в широкій або вузькій частині порожнини малого таза, родостимуляцію призначають відразу (внутрішньовенне введення окситоцину за схемою). Відсутність або недостатній ефект від медикаментозної родостимуляції може змусити змінити тактику ведення пологів на активну. При відсутності ефекту від родостимуляції, залежно від акушерської ситуації проводять кесарів розтин, накладають акушерські щипці або вакуум-екстрактор, виконують перинео - або епізіотомію.

Надмірно сильна пологова діяльність.

Надмірно сильна пологова діяльність (швидкі та стрімкі пологи) - гіпердинамічна дисфункція скорочувальної діяльності матки.

Надмірно сильна родова діяльність розвивається раптово. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більше 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому й повному розкриттю шийки матки.

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

Стрімкі пологи небезпечні для матері й плода не тільки через акушерський травматизм (розриви родових шляхів, гіпоксично-травматичні ушкодження дитини), але й тим, що їх дуже важко корегувати.

Причини надмірно сильної родової діяльності:

- переміщення водія ритму в центр дна або середину тіла матки;
- надмірне виділення ендogenous окситоцину;
- істміко-цервікальна недостатність (особливо після зняття циркулярного шва із шийки матки);
- ятрогенні причини: недотримання правил родостимуляції - більші дози утеротоніків або застосування препаратів, що потенціюють дію один одного (окситоцину та простагландинів).

Лікування полягає в немедикаментозному корегуванні сили й частоти переймів. Роділля повинна лежати на боці, протилежному позиції плода. При розкритті шийки матки менше 6 см і відсутності протипоказань до застосування β_2 -адреноміметиків, для зменшення інтенсивності родової діяльності можливе застосування токолізу β_2 -адреноміметиками, які покращують плацентарний та матковий кровообіг і стан плода. Для проведення токолізу гексопреналин 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду й вводиться внутрішньовенно крапельно повільно,

починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв. під спостереженням за активністю перейм (В). Також для токолізу використовують інші бета-міметики.

Дискоординована пологова діяльність.

Дискоординована пологова діяльність (ДПД) - порушення координації скорочень різних відділів матки. Частота 1-3%. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегмента, нерегулярними, сильними, різко болючими переймами й нагадує болі, як при загрозі розриву матки.

Причини - аномалії розвитку, порушення іннервації внаслідок перенесених абортів, запалень, пухлини. Неприятливий фон - відсутність підготовки всіх структур (незріла шийка матки). В основі патогенезу лежить порушення функціональної рівноваги вегетативної нервової системи.

При дискоординованій пологовій діяльності порушується синхронізація скорочення й розслаблення міометрію. Зникають періоди загальної релаксації матки. У результаті - неадекватне підвищення тону, зміна ритму, частоти переймів, укорочення діастолі.

Основні клінічні симптоми:

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

Інші клінічні ознаки дискоординованої родової діяльності:

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

Можливі ускладнення дискоординації родової діяльності: розриви шийки матки та вагіни; зтяжний перебіг пологів при, здавалося б, сильній родовій діяльності; дистрес плода й родова травма немовляти. І все це - при повній клінічній відповідності розмірів плода й таза матері.

Лікування проводять залежно від причини дискоординації родової діяльності:

- проведення токолізу (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться в 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв до 10-15 крапель/хв) не перевищуючи 15-20 крапель/хв під спостереженням за активністю переймів;
- епідуральна анестезія.

Родостимулююча терапія окситоцином, простагландинами й іншими утеротоніками при дискоординованій родовій діяльності категорично протипоказана, інакше можливе настання тетанусу матки.

На всіх етапах лікування аномалій родової діяльності повинно проводитися спостереження за станом плода й здійснюватися немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення роділлі, регуляція дихання). У третьому періоді пологів застосовують активну тактику ведення й спостереження за роділлею.

За умови наявності протипоказань до корекції родової діяльності, при неефективності медикаментозної корекції аномалій родової діяльності методом розродження є операція кесаревого розтину.

Профілактика

Профілактичні дії, спрямовані на попередження аномалій родової діяльності, настільки ж важливі, як і допомога в родах. Створення комфортних умов під час пологів, які включають: уживання їжі та рідини, індивідуальна пологова палата, присутність

партнера під час пологів, вертикальна позиція, можливість рухатись під час пологів.

V. Основні етапи заняття.

А. *Підготовчий* — мотивація теми, контроль початкового рівня знань, завдання для самостійної роботи .

Б. *Основний* — Самостійна робота студентів під контролем викладача. У відділенні патології вагітності студенти збирають анамнез у вагітних і оцінюють фактори ризику розвитку аномальної пологової діяльності. В передпологовій палаті і в пологовому залі студенти оцінюють характер пологової діяльності, складають план ведення пологів. В учбовій кімнаті проводиться аналіз партограм, історій пологів з аномалією скорочень матки. Студенти виписують рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.

В. *Заключний* — контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування задач, виступів студентів про виконану роботу. Викладач робить узагальнення, оцінює роботу кожного студента, робить зауваження з оцінкою знань студентів, дає завдання додому.

VI. Методичне забезпечення.

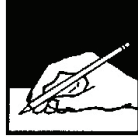
Місце проведення заняття: навчальна кімната (з аналізом історії пологів, які ускладнилися слабкістю пологової діяльності), пологовий зал (з діагностикою слабкості пологової діяльності методом кардіотокографії). *Оснащення:* історії пологів, роділлі в пологовому залі, медикаментозні засоби, кардіотокограф, акушерський стетоскоп, партограми



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «аномалії пологової діяльності»?
2. Які етіологія і патогенез аномалій пологової діяльності?
3. Які фактори ризику виникнення аномалій пологової діяльності?
4. Які методи оцінки готовності організму вагітної до родів?
5. Які методи оцінки характеру пологової діяльності?
6. Яка клініка, діагностика і лікування патологічного прелімінарного періоду?
7. Яка клініка і діагностика слабкості пологової діяльності?
8. На яких принципах ґрунтується лікування слабкості пологової діяльності?
9. Які основні причини вторинної слабкості пологової діяльності, методи діагностики і акушерська тактика?
10. Чим зумовлена надмірна пологова діяльність, яка її клініка, діагностика і лікування?
11. Які клініка, діагностика і акушерська тактика у разі дискоординованої пологової діяльності?
12. Які ускладнення для матері можливі при слабкості пологової діяльності?
13. Які ускладнення для матері можливі при надмірній пологовій діяльності?

14. Які ускладнення можливі в пологах при дискоординованій пологовій діяльності?
12. Які протипоказання для призначення тономоторних препаратів при лікуванні первинної слабкості пологової діяльності?
13. Яка профілактика аномалій пологової діяльності?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез, оцінити фактори ризику розвитку аномалій пологової діяльності у вагітної.
2. Оцінити характер пологової діяльності у роділлі.
3. Скласти план ведення пологів при різних видах аномалій пологової діяльності.
4. Виписати рецепти на медикаментозні засоби, які здатні змінювати силу скорочень м'язів матки.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань студентів.

1. Повторнонароджуюча, 30 років, пологи тривають 20 год. Останні 50 хв голівка плода знаходиться в порожнині малого таза. Потуги слабкі, через 2—4 хв. по 25—30 сек. Серцебиття плода приглушене, 160 уд/хв., ритмічне. Безводний період 2 години. При внутрішньому акушерському обстеженні: відкриття шийки матки повне. Голівка плода у вузькій частині порожнини таза. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі. Мале тім'ячко біля лона зліва.



Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?



Другі пологи, II період пологів, головне передлежання, слабкість пологової діяльності, дистрес плода. Акушерські щипці.

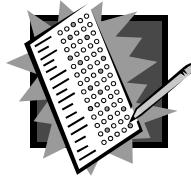
2. Пологи другі. Вагітність 40 тижнів. Перейми почалися 10 годин тому, тоді ж відійшли навколоплідні води. Розміри таза нормальні. Серцебиття плода — 148 ударів за хвилину, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Стан роділлі задовільний. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття - 3 см, плідний міхур відсутній. Поступово перейми стають слабкими, короткими.



Діагноз. Яка подальша тактика ведення пологів?



Другі пологи, I період пологів, головне передлежання, ранне відходження навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності (уповільнена латентна фаза). Родопосилення.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань студентів.

1. Роділля 32 років поступила в акушерський стаціонар у зв'язку з початком регулярної родової діяльності, раннім відходженням навколоплідних вод. Наприкінці першого періоду пологів перейми сповільнилися, тривають по 25-30 сек., через кожні 4-5 хв. За останню годину шийка матки відкрилася на 1 см.



Яке виникло ускладнення?

- A. Вторинна слабкість родової діяльності*
- B. Активна родова діяльність
- C. Дистоція шийки матки
- D. Дискоординована родова діяльність
- E. Первинна слабкість родової діяльності



2. Первістка, 40 тижнів вагітності, скаржиться на переймоподібні нерегулярні болі, які турбують протягом двох діб, ніч не спала. Голівка плода над входом у таз, води цілі. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною до 2-х см, зовнішній зів пропускає 1 поперечник пальця.



Який діагноз?

- A. Патологічний прелімінарний період*
- B. Первинна слабкість родової діяльності.
- C. Дискоординована родова діяльність.
- D. Провісники пологів.



Тема 3. ВУЗЬКИЙ ТАЗ

I. Науково – методичне обґрунтування теми

Вузький таз під час вагітності і пологів є однією із причин акушерської і перинатальної патології. Пологи при вузькому тазі проходять з високим відсотком травматизму для матері і плода. Анатомічно вузький таз є головною причиною виникнення в пологах клінічно (функціонально) вузького таза. Знання методів діагностики вузького таза, особливостей перебігу та ведення пологів, а також профілактики ускладнень є необхідним в підготовці лікарів.

II. Навчально – виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «анатомічно вузький таз».
2. Етіологія анатомічно вузького таза.
3. Класифікацію анатомічно вузького таза.
4. Характеристику різних форм анатомічно вузького таза.
5. Методи діагностики анатомічно вузького таза.
6. Біомеханізм пологів при різних формах анатомічно вузького таза.
7. Особливості перебігу пологів при вузькому тазі.
8. Тактику ведення пологів при різних формах вузького таза.
9. Визначення поняття «клінічно вузький таз».
10. Класифікацію клінічно вузького таза.
11. Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза.
12. Методи діагностики клінічно вузького таза.
13. Ведення пологів при клінічно вузькому тазі.
14. Профілактика ускладнень пологів при вузькому тазі.

Завдяки проведеному заняттю студент повинен вміти:

1. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при зовнішній пельвіометрії.
2. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при внутрішній пельвіометрії.
3. Діагностувати ступінь звуження таза при зовнішній і внутрішній пельвіометрії.
4. Демонструвати на фантомі біомеханізм пологів при різних формах звуження таза.
5. Визначити умови для оцінки клінічної відповідності розмірів таза та голівки плода.
6. Демонструвати на фантомі методи оцінки відповідності розмірів таза і голівки плода (ознака Генкель-Вастена, розмір Цангемейстера).
7. Складати план ведення пологів при анатомічно вузькому тазі.
8. Оцінювати фактори ризику розвитку клінічно вузького таза.
9. Прогнозувати можливі ускладнення в пологах при різних формах вузького таза.

III. Зміст навчального матеріалу

АНАТОМІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Анатомічно вузьким називається таз, у якого один або всі розміри (діаметри) вкорочені не менше ніж на 1,0-1,5см порівняно з нормою.

Частота анатомічно вузького таза не перевищує 1 – 7% і частіше зустрічається при малому зрості жінки (< 152 см).

Етіологія

До етіологічних факторів розвитку анатомічно вузького тазу належать перенесений рахіт, туберкульоз, травми, пухлини кісток тазу, порушення обміну макро- та мікроелементів в організмі тощо.

Класифікація анатомічно вузького тазу

I. Класифікація вузького тазу за ступенем звуження

Ступень звуження тазу визначають за величиною істинної кон'югати (*conjugata vera*), яка дорівнює :

- при I ступені 11 - 9 см;
- при II ступені 9 - 7 см;
- при III ступені 7 - 5 см;
- при IV ступені < 5 см .

Абсолютно вузьким називають таз IV-го ступеня звуження.

II. Класифікація тазу за формою звуження

Класифікація тазу за формою звуження включає типи тазів, що зустрічаються часто і рідкісні типи. Видаляють тази з деформацією і без деформації.

Часто поширені форми вузького тазу

А. Звужений таз без деформації:

Загальнорівномірнозвужений таз - пропорційно зменшені всі діаметри не менше ніж на 1см (аналог *андроїдного* тазу):

- інфантильний або дитячий ;
- чоловічого типу;
- карликовий таз .

Б. Звужений таз з деформацією:

1. *Плоский таз* - зменшені прямі діаметри (аналог *платипелоїдного* тазу):

- простий плоский таз (нерахітичний, девентерівський) - зменшені всі прямі розміри;
- рахітичний плоский таз (плоскоррахітичний) - зменшений лише прямий розмір площини входу при нормальних або збільшених прямих розмірах інших площин;
- загальнозвужений плоский таз – комбінація загальнозвуженого і плоскоррахітичного тазу;
- таз із зменшенням прямого розміру площини широкої частини .

2. *Поперечнозвужений таз* (робертівський) - із звуженням поперечних діаметрів при нормальних прямих діаметрах (аналог *антропоїдного* тазу).

Рідкісні форми анатомічно вузького тазу

- *Косозміщений та косозвужений* (асиметричний) – характеризується неправильною формою і має декілька різновидів:
 - сколіотичний (розвивається при сколіозі у дівчаток);
 - кіфотичний таз (розвивається при кіфозі у дівчаток);
 - анкілотичний (розвивається при анкілозі крижово-клубових зчленувань);
 - коксалгічний (розвивається при вродженому вивиху кульшового суглоба або кокситі).
- *Лійкоподібний таз* - характеризується різким звуженням виходу з тазу.
- *Спнділолістетичний таз* – розвивається в результаті сковзання V поперекового хребця разом з хребтом в сторону порожнини тазу.

- *Остеомалятичний таз* (спалий) - розвивається при розм'якшуванні кісток таза, внаслідок чого крижі заглиблюються в порожнину малого таза, крижова кістка вигнута під великим кутом, лоно стиснене й має форму дзьоба.
- Таз звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

III. Класифікація за формою площини входу в малий таз (Caldwell-Moloy):

1. *Гінекоїдний таз* (нормальний жіночий таз).
2. Патологічні типи:
 - *андроїдний* (чоловічого типу);
 - *антропоїдний* (прямий розмір входу перевищує поперечний розмір);
 - *платипелоїдний* (плоский).

IV. Класифікація аномалій кісткового таза в залежності від рівня звуження:

- *Звуження входу* в малий таз - прямий діаметр входу в таз менший 10см або поперечний діаметр входу в таз менший 12см;
- *Звуження порожнини* малого таза - не може бути точно визначеним, але прогностичне значення має поперечний розмір вузької частини порожнини малого таза (відстані між сідничними остями) менше 10см;
- *Звуження виходу* малого таза - поперечний діаметр виходу таза (відстань між сідничними горбами) менше 8см;
- *Загальне звуження* малого таза - аналог загальнорівномірнозвуженого таза.

Діагностика анатомічно вузького таза

При першому огляді і обстеженні вагітної враховують дані анамнезу (перенесений рахіт, захворювання кісток нижніх кінцівок, хребта, вроджені вивихи кульшових суглобів, травми, тощо), загального огляду (зріст). Діагноз анатомічного звуження таза звичайно ставиться методом пельвіометрії. Оцінка ступеня звуження уточнюється при внутрішньому обстеженні на підставі уточнення розміру істинної кон'югати. Можливе застосування ехографії.

Біомеханізм пологів при різних формах анатомічно вузького таза

Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі:

- вставлення голівки сагітальним швом в одному із косих розмірів;
- максимальне згинання голівки плода, внаслідок чого голівка вступає в площину входу в малий таз розміром, меншим за малий косий (9см), ведуча точка - мале тім'ячко;
- тривала крижова ротація голівки із значною конфігурацією;
- голівка набуває доліхоцефалічної форми;
- розгинання голівки відбувається нижче ніж, ніж при нормальному таз, у зв'язку з вузькістю лобкового кута.

Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі:

- вставлення голівки плоду стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз;
- невелике розгинання голівки;
- виникає асинклітичне вставлення, частіше переднє (Негелівське), коли сагітальний шов розміщений ближче до мису крижів, що супроводжується виразною конфігурацією кісток голівки плода (при виникненні заднього асинклітизму Літцмана пологи неможливі);
- опускання голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі до вузької площини порожнини малого таза (через вкорочення всіх прямих розмірів), при сприятливому прогнозі внутрішній поворот (ротація) голівки починається при

переході із широкої у вузьку частину порожнини малого тазу і закінчується на тазовому дні при максимальній її конфігурації (при виникати низького поперечного стояння голівки плода ротація не відбувається, пологи неможливі);

- розгинання голівки має зтяжний характер.

Особливості біомеханізму пологів при плоскоракітичному тазі:

- вставлення голівки в площину входу в малий таз відбувається подібно тому, як описано при простому плоскому тазі, характерним є тривале (протягом багатьох годин) високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз;
- після опускання голівки в порожнину малого тазу ротація і розгинання голівки відбуваються значно швидше, майже як при "стрімких пологах".

Особливості перебігу пологів при анатомічно вузькому тазі

Труднощі перебігу пологів при вузькому тазі прямо пропорційні ступеневі його звуження. При I-II ступенях звуження за сприятливих обставин (активна пологова діяльність, малі розміри голівки плода, нормальне вставлення її, добра здатність голівки до конфігурації) пологи можуть пройти без особливих ускладнень.

Можливі ускладнення пологів при вузькому тазі: передчасне або раннє відходження навколоплідних вод, випадіння пуповини, неправильне вставлення голівки, тривале стояння голівки в площині входу в малий таз і повільне просування по родовому каналу, вторинна слабкість пологової діяльності, ущемлення передньої губи шийки матки, затискання м'яких тканин між кістками таза і голівкою з ризиком формування нориць, затримка сечовипускання, травми таза (розходження симфізу), розрив матки, травми новонародженого.

При III-IV ступенях звуження таза пологи живим доношеним плодом неможливі.

Ведення пологів при анатомічно вузькому тазі

Тактика ведення пологів при вузькому тазі III-IV ступеня звуження полягає в абдомінальному розродженні шляхом кесарського розтину.

При I-II ступенях звуження тактика може бути очікувальною. Така тактика передбачає встановлення ступеня відповідності між тазом і голівкою плода в процесі пологів. Спостерігаючи за динамікою пологів треба стежити за вставленням голівки, ефективністю пологової діяльності, клінічною відповідністю між голівкою плода і тазом матері. При виникненні ознак клінічно вузького таза роди завершують операцією кесарського розтину.

КЛІНІЧНО ВУЗЬКИЙ ТАЗ

Клінічно (функціонально) вузьким тазом називають усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода;
- переношена вагітність;
- гідроцефалія плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері;
- пухлини органів малого таза.

Класифікація клінічно вузького таза (Р.І.Калганова, 1965)

I ступінь – відносна невідповідність :

- особливості вставлення голівки плода і механізму пологів властиві наявній формі звуження таза;
- виразна конфігурація голівки плода;

II ступінь – значна невідповідність :

- різко виражена конфігурація голівки плода;
- тривале стояння голівки в одній площині таза;
- ознака Генкеля - Вастена – врівень;
- симптоми стиснення січового міхура.

III ступінь - абсолютна невідповідність:

- виражена конфігурація голівки плода або відсутність конфігурації;
- ознака Генкеля-Вастена позитивна;
- симптоми стиснення сечового міхура;
- передчасна поява потуг при високому стоянні голівки плода;
- симптоми загрози розриву матки.

Діагностика клінічно вузького таза

Діагностика клінічно вузького таза можлива *тільки з настанням пологів*.

Не мають прогностичного значення (А):

- визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів;
- проведення клінічної, рентгенологічної, ультразвукової, комп'ютерної пельвіометрії;
- високе стояння голівки перед пологами.

Для встановлення відповідності між тазом матері і плода досліджують ознаку Генкель-Вастена та розмір Цангемейстера в процесі пологів.

Ознака Генкеля -Вастена:

- **позитивна** – поверхня голівки знаходиться вище поверхні симфізу (нема відповідності між тазом і голівкою);
- **врівень** – поверхня голівки плода знаходиться на одному рівні із симфізом (відповідність між тазом і голівкою сумнівна);
- **негативна** – поверхня голівки знаходиться нижче площини симфізу (є відповідність між тазом і голівкою).

Розмір Цангемейстера - відстань від надкрижової ямки до найбільш виступаючої над симфізом точки голівки, який порівнюють із зовнішньою кон'югатою.

- розмір менший зовнішньої кон'югати на 3 см - є відповідність між тазом і голівкою;
- розмір дорівнює зовнішній кон'югати - відповідність між тазом і голівкою сумнівна;
- розмір більший зовнішньої кон'югати - нема відповідності між тазом і голівкою.

Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плідного міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скорочувальна діяльність матки.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

- відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- недостатнє прилягання шийки матки до голівки плода (нависання шийки матки);
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- симптоми здавлення сечового міхура.

За наявності двох або більше ознак встановлюють діагноз клінічно (функціонально) вузького таза.

Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі

Діагноз клінічно вузького таза є показанням до завершення пологів шляхом кесаревого розтину.

За умови загибелі плода розродження проводять шляхом плдоруйнівної операції.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

IV. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – науково – методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

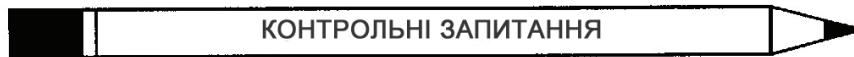
В. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Студенти збирають анамнез, проводять загальний огляд вагітних, виконують методи зовнішнього обстеження вагітних включаючи пельвіометрію. На підставі отриманих даних діагностують різні форми анатомічно вузького таза, ступінь звуження (при відсутності тематичних вагітних завдання виконують на фантомі); демонструють на фантомі біомеханізм пологів при різних формах звуження таза, методи оцінки відповідності розмірів тазу і голівки плода (ознака Генкель-Вастена, розмір Цангемейстера), визначають умови для оцінки клінічної відповідності розмірів таза та голівки плода. У вагітних оцінюють фактори ризику розвитку клінічно вузького таза, прогнозують можливі ускладнення в пологах при різних формах вузького таза.

С. Заключний – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

V. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, пологова зала, операційна, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, фантоми, слайди, контрольні ситуаційні задачі



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «анатомічно вузький таз»?
2. Яка етіологія анатомічно вузького таза?
3. Яка класифікація анатомічно вузького таза?
4. Яка характеристика загальнорівномірнозвуженого таза?
5. Яка характеристика простого плоского таза?
6. Яка характеристика плоскорихитичного таза?
7. Які методи діагностики анатомічно вузького таза?
8. Який біомеханізм пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі?
9. Який біомеханізм пологів при простому плоскому тазі?
10. Який біомеханізм пологів при плоскорихитичному тазі?
11. Які особливості перебігу пологів при вузькому тазі?
12. Яка тактика ведення пологів при різних формах вузького таза?
13. Яке визначення поняття «клінічно вузький таз»?
14. Яка класифікація клінічно вузького таза?
15. Які фактори ризику виникнення клінічно вузького таза?
16. Які методи діагностики клінічно вузького таза?
17. Як ведення пологів при клінічно вузькому тазі?
18. Яка профілактика ускладнень пологів при вузькому тазі?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при зовнішній пельвіометрії.
2. Діагностувати різні форми анатомічно вузького таза при внутрішній пельвіометрії.
3. Діагностувати ступінь звуження таза при зовнішній і внутрішній пельвіометрії.
4. Демонструвати на фантомі біомеханізм пологів при різних формах звуження таза.
5. Визначити умови для оцінки клінічної відповідності розмірів таза та голівки плода.

6. Демонструвати на фантомі методи оцінки відповідності розмірів тазу і голівки плода (ознака Генкель-Вастена, розмір Цангемейстера).
7. Складати план ведення пологів при анатомічно вузькому тазі.
8. Оцінювати фактори ризику розвитку клінічно вузького таза.
9. Прогнозувати можливі ускладнення в пологах при різних формах вузького таза.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Пологи I. Розміри таза: 23-26-29-17см. Очікувана маса плода 3000г. Перейми активні по 40 сек через 10 хвилин. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки на 5 см, плодовий міхур цілий. Голівка плода малим сегментом у вході в малий таз. Мис досягається. Діагональна кон'югата 10 см.



Встановіть діагноз. Визначте тактику лікаря, прогноз пологів.



I пологи, I період, головне передлежання, загальнорівнозвужений таз I ступеня. Пологи вести консервативно під контролем вставлення голівки. При достатній конфігурації голівки прогноз пологів благоприємний.

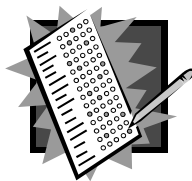
2. Пологи I. Розміри таза: 25-28-31-20 см. Очікувана маса плода 4500г. Серцебиття плода 140 уд/хв., ритмічне. Пологова діяльність активна. Відійшли чисті навколоплідні води. Ознака Вастена позитивна. Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки повне, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов в правому косому розмірі площини входу. Мис не досягається.



Встановіть діагноз. Визначте тактику лікаря.



I пологи, II період, головне передлежання, клінічно вузький таз. Показана операція кесаревого розтину.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 23 років, вагітність 10-11 тижнів. При обстеженні для взяття на облік в жіночий консультації встановлені наступні розміри таза. Зовнішні -22- 25-28-17. Діагональна кон'югата 10 см.. Істинна кон'югата 8, 5 см.



Яка ступінь звуження таза?



- A. Звуження I ступеня.
- B. Звуження II ступеня*
- C. Звуження III ступеня.
- D. Звуження IV ступеня.

2. Пологи I. Розміри таза: 25-28-31-20 см. Очікувана маса плода 4000г. Серцебиття плода 140 уд/хв., ритмічне. Пологова діяльність активна. Відійшли чисті навколоплідні води. Ознака Вастена – врівень. Сеча випущена катетером перед вагінальним дослідженням, прозора. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, розкрита на 3 см, плідний міхур відсутній, голівка притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов в правому косому розмірі площини входу. Мис не досягається.



Які дані вагінального дослідження **не дозволяють** встановити діагноз клінічно вузького таза?



A. Розкриття шийки матки 3 см*

B Відсутність плідного міхура.

C. Випорожнений сечовий міхур;

D. Нормальна скорочувальна діяльність матки.

Тема 4. РОЗГИНАЛЬНЕ ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ ПЛОДА

I. Науково-методичне обґрунтування теми.

Розгинальні вставлення голівки плода є патологією, яка становить загрозу здоров'ю та життю матері і плода, оскільки пологи через природні статеві шляхи не завжди є можливими. Важливість вивчення цієї теми зумовлена також тим, що у випадках розгинальних вставлень під час пологів можливі тяжкі ускладнення як з боку матері, так і з боку плода. Ця обставина обумовлює необхідність вивчення етіології вказаної патології, методів діагностики та вибору оптимальних методів розродження.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «розгинальні вставлення голівки».
2. Види (ступені) розгинання голівки плода.
3. Причини виникнення розгинальних вставлень голівки плода.
4. Методи діагностики диференціальну діагностику розгинальних вставлень голівки плода.
5. Біомеханізми пологів під час передньоголового, лобного та лицевого вставлення.
6. Особливості перебігу пологів при розгинальних вставленнях голівки плода та можливі ускладнення для матері і плода.
7. Ведення пологів під час передньоголового, лобного та лицевого вставлення голівки плода.
8. Показання до операції кесаревого розтину при розгинальних вставленнях голівки плода.

В результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Оцінити небезпеку ведення пологів під час розгинальних вставлень.
2. За допомогою методів зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження і допоміжних методів встановити діагноз розгинального вставлення.
3. Продемонструвати біомеханізм пологів при всіх ступенях розгинальних вставлень на фантомі.
4. Прогнозувати можливі ускладнення під час пологів при розгинальних вставленнях.
5. Скласти план ведення пологів у тій чи іншій акушерській ситуації під час розгинальних вставлень.

III. Базові знання

1. Обстеження вагітної і роділлі.
2. Розміри таза, положення, вид, позиція і передлежання плода.
3. Розміри голівки доношеного плода.
4. Поняття про пологи, про виганяючи сили і нижній сегмент матки.
5. Поняття контракційного кільця, пояса прилягання.
6. Поняття передлежання та вставлення голівки плода.
7. Визначення ступеня вставлення голівки за допомогою зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження.
8. Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання.

IV. Зміст навчального матеріалу

Голівка плода в ряді випадків вступає у вхід в таз у стані розгинання, що називають розгинальним передлежанням або вставленням голівки плода..

Розрізняють *три ступеня* такого розгинання голівки й, відповідно, три види розгинального передлежання.

При *першому ступені* розгинання (найбільш легкому) підборіддя відходить від грудної клітини, внаслідок чого передньою частиною, що йде, стає тім'я, а провідною точкою - велике тім'ячко. У цьому випадку утворюється *передньоголове передлежання*.

Для *другого ступеня* характерним є більше розгинання голівки, у результаті якого найбільш низько розташованою частиною стає лоб, провідною точкою - середина лобного шва. Це — *лобне передлежання*.

Третій ступінь — найбільше розгинання, при якому нижче всього опускається лицьова частина голівки, а провідною точкою стає підборіддя. Так утворюється *лицеве передлежання*.

Етіологія

До факторів, що сприяють формуванню розгинальних вставлень відносяться відхилення від норми форми й розмірів таза, зниження тону мускулатури матки, зокрема нижнього її сегмента, зниження тону плода, наявність великої або малої величини голівки плода. До розгинальних вставлень може привести порушення членорозташування плода (наприклад, закидання ручок плода), особливості будови атлантопотиличного зчленування, уроджена пухлина щитовидної залози плода, що затрудняє згинання голівки. Можливими причинами виникнення розгинальних передлежань є багатоводдя, багатоплідність, мертвий плід. Певну роль грає стан черевного преса. Крім того, розгинанню голівки може сприяти деформація хребта в матері (кіфоз).

Кожний ступінь розгинання голівки має свої особливості біомеханізму пологів та їх клінічного перебігу. Пологи з розгинальними вставленнями голівки відбуваються у задньому виді. Вид (передній, задній), зазвичай, визначається по відношенню спинки плода до передньої черевної стінки.

Передньоголове вставлення

Розпізнавання передньоголового вставлення ґрунтується на даних зовнішнього та вагінального дослідження. Ознаки для розпізнавання цього вставлення:

1. при зовнішньому вимірюванні прямий розмір дорівнює 12 см і більше;
2. при вагінальному дослідженні велике і мале тім'ячка стоять на одному рівні;
3. сагітальний шов у вході в таз розташовується, зазвичай, в поперечному, іноді злегка косому розмірі;
4. після народження голівка має брахицефалічну форму - «баштовий» череп.

Біомеханізм пологів при передньоголовному вставленні

Першим моментом біомеханізму пологів є незначне розгинання голівки, при якому підборіддя відходить від грудної клітини плода, велике тім'ячко розташовується нижче малого, стаючи провідною точкою. У такому положенні й просувається голівка в порожнину таза через всі площини таза своїм прямим розміром (12 см, окружність 34 см).

Другий момент — *внутрішній поворот голівки*. Голівка при переході із широкої у вузьку частину малого таза робить внутрішній поворот, повертаючись потилицею назад з утворенням заднього виду, мале тім'ячко повертається до крижів, велике — до

лона. У результаті повороту стріловидний шов устанавлюється в прямий розмір виходу з малого таза.

Третій момент — згинання голівки. Прорізування голівки відбувається таким чином, що першими показуються з полові щілини область великого тім'ячка й сусідні ділянки тім'яних костей. Після виходження з-під лобкової дуги чола й лобових бугрів голівка фіксується ділянкою перенісся (glabella) біля нижнього краю лобкової дуги, утворюючи *першу точку фіксації*, навколо якої відбувається згинання - над промежиною народжуються тім'яні бугри та прорізується потилиця.

Четвертий момент - розгинання голівки, при цьому утворюється *друга точка фіксації* між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Навколо неї й розгинається голівка. У цей момент з-під лона народжується личко та підборіддя плода. Таким чином, голівка прорізується прямим розміром. Родова пухлина розташовується в області великого тім'ячка. Форма черепа брахицефалічна - «баштовий» череп.

П'ятий момент, що складає із внутрішнього повороту плічок, зовнішнього повороту голівки й народження тулуба плода відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

Перебіг пологів при передньоголовному вставленні має свої особливості: другий період затягується, що спричиняє небезпеку дистресу та травми плода. З іншого боку, прорізування голівки окружністю, що відповідає прямому розміру голівки, часто супроводжується надмірним розтягненням промежини й травмою. Ведення пологів при передньоголовному передлежанні плода повинне бути по можливості консервативним. При виявленні ознак клінічно вузького таза, дистресу плода під час пологів, розродження слід провести шляхом кесаревого розтину.

Лобне вставлення.

Лобне вставлення зустрічається рідко (в 0,04-0,05% всіх пологів). Воно виникає протягом родового акту, коли голівка, ідучи вперед чолом, затримується в цьому положенні. Підборіддя не може опуститися внаслідок тих або інших причин. Якщо голівка плода притиснута або фіксована малим сегментом у вході в малий таз й навколоплідні води не виливалися, лобове вставлення може перейти в лицьове. Розпізнати лобове передлежання можна за допомогою ультразвукового дослідження.

При піхвовому дослідженні це можливо в тому випадку, якщо вдається прощупати чоло з лобним швом у разі щільно притиснутої голівки до входу в малий таз. У поперечному розмірі площини входу в малий таз визначається лобовий шов, з однієї сторони перенісся, надбрівні дуги й очні ямки, а з іншого боку - передній кут великого тім'ячка.

Біомеханізм пологів при лобному вставленні також складається з п'яти моментів.

Перший момент біомеханізму пологів полягає в тому, що голівка плода при лобному передлежанні вставляється у вхід у малий таз великим косим розміром, рівним 13-13,5 см, з окружністю, що відповідає 39-41 см (у доношеного плода). Лобний шов перебуває в поперечному розмірі входу. Уже на цьому етапі виявляється диспропорція між розмірами голівки й розмірами входу в малий таз. Подальше просування голівки зупиняється, і пологи через природні шляхи стають неможливими. Якщо плід недоношений, має невеликі розміри, то відбувається *розгинання голівки*, внаслідок якого по провідній осі таза й найбільше низько встановлюється центр лобного шва, який є провідною точкою.

Другий момент — внутрішній поворот голівки здійснюється на 90°, при переході голівки із широкої частини малого таза у вузьку. При цьому лобний шов переходить із

поперечного розміру таза в косий, а потім у прямий, в задній вид (надперенісся повернуто до симфізу).

Третій момент настає під час прорізування голівки й складається із її згинання. При цьому верхня щелепа впирається в нижній край симфізу (*перша точка фіксації*) і голівка згинається. У цей момент над промежиною народжуються тім'я й потилиця.

Четвертий момент - розгинання голівки, при цьому утворюється друга точка фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка. Навколо неї й розгинається голівка. У цей момент з-під лона народжується личко та підборіддя плода. Родова пухлина розташовується в області лобного шва, голова має форму, витягнуту в ділянці чола.

П'ятий момент, що складається із внутрішнього повороту плічок, зовнішнього повороту голівки й народження тулуба плода відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

Пологи при лобному вставленні мають затяжний, як правило, патологічний перебіг. Самостійно вони закінчуються дуже рідко (при недоношеному, невеликому плоді, великому тазі). Період вигнання досить тривалий, часто виникає вторинна слабкість родових сил, наслідком чого є припинення просування голівки, здавлення м'яких тканин родових шляхів, дистрес плода, травматизм матері та плода. У випадку ускладнень в пологах (клінічно вузький таз, загроза розриву матки, слабкість родової діяльності, дистрес плода) розродження слід провести шляхом кесаревого розтину.

Лицеве вставлення

Лицеве вставлення — крайній ступінь розгинальних вставлень. Розпізнається при вагінальному дослідженні: виявляється надперенісся, рот та підборіддя плода.

Біомеханізм пологів при лицевому вставленні: головка просувається через всі площини малого таза вертикальним розміром (9,5 см, окружність 33 см), провідною точкою є підборіддя.

Перший момент — максимальне розгинання голівки.

Другий момент — внутрішній поворот голівки, при цьому підборіддя, як правило, повертається вперед до лона, в задній вид (по спинці плода), лицева лінія переходить у прямий розмір виходу з малого тазу.

Третій момент — згинання голівки після фіксації її ділянкою під'язикової кістки в лобкову дугу (точка фіксації), а над промежиною народжуються личко, тім'я і потилиця плода. Прорізування голівки відбувається окружністю, що відповідає вертикальному розміру. Родова пухлина розташовується на підборідді, губах). Форма голівки - різко доліхоцефалічна.

Четвертий момент, що складається із внутрішнього повороту плічок, зовнішнього повороту голівки й народження тулуба плода відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

Пологи в задньому виді лицевого передлежання (по спинці плода) перебігають сприятливо: більшість із них закінчується самостійно (90-95%) навіть доношеним плодом. У разі виникнення ускладнень в пологах (клінічно вузький таз, слабкість родової діяльності, дистрес плода) розродження слід провести шляхом кесаревого розтину.

При передньому виді лицевого вставлення (по спинці плода) самостійні вагінальні пологи неможливі, показаний кесарів розтин.

Варто зазначити, що пологи у розгинальному вставленні мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода і можливі лише тоді, коли відбуваються у задньому виді, як правило при недоношеній вагітності.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* — мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на питання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. *Основний* — самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться у навчальній кімнаті. Студенти розподіляються на групи по 2—3 особи, самостійно працюють на фантомі під контролем викладача, з'ясовують біомеханізм пологів з усіма видами розгинальних вставлень. Після цього студенти з викладачем переходять до пологового залу або у відділення патології вагітних (залежно від наявності відповідних вагітних та роділь), виконують зовнішнє акушерське обстеження, складають план ведення вагітності і пологів.

В. *Заключний* — контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування ситуаційних задач, усних звітів студентів про виконану роботу, здійснення диференціального діагнозу; узагальнення; оцінка роботи кожного студента; домашнє завдання.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палата патології вагітних, пологовий зал.

Оснащення: навчальні таблиці, фантоми, ляльки, тази, слайди.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що таке розгинальне передлежання і вставлення голівки?
2. Які існують ступені розгинального вставлення голівки?
3. Які методи діагностики розгинальних передлежань і вставлень голівки?
4. Як диференціювати різні ступені розгинального вставлення голівки?
5. Який біомеханізм пологів з передньоголовним вставленням голівки?
6. Який біомеханізм пологів з лобним вставленням голівки?
7. Який біомеханізм пологів з лицевим вставленням голівки?
8. Як перебігає вагітність з розгинальним передлежанням голівки?
9. Як вести пологи з передньоголовним вставленням голівки?
10. Як вести пологи з лобним вставленням голівки?
11. Як вести пологи з лицевим вставленням голівки?
12. Які можливі ускладнення з боку матері і плода у випадках розгинальних вставлень голівки плода?
13. Які показання до операції кесарського розтину при розгинальних вставленнях голівки плода.



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Показати на фантомі біомеханізм пологів при передньоголовному вставленні голівки плода.
2. Показати на фантомі біомеханізм пологів при лобному вставленні голівки плода.
3. Показати на фантомі біомеханізм пологів при лицевому вставленні голівки плода.
4. Визначити на фантомі положення сагітального шва, великого та малого тім'ячка.
5. Провести обстеження за допомогою зовнішніх методів у вагітної та встановити діагноз.
6. Проконтролювати правильність вимірів таза і голівки, ВДМ, ОЖ, які зроблені попереднім студентом.
7. Скласти план ведення пологів у обстеженої роділлі з розгинальним вставленням.
8. Проаналізувати історію пологів у роділлі з розгинальним вставленням голівки під час пологів.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Жінка, що народжує вперше, таз нормальний, пологи у строк, тривають 14 годин. Почався II період пологів. Потуги хорошої сили. Розкриття шийки матки повне. Голова великим сегментом у вході до малого таза. Вагінальне дослідження: нижній полюс кісток черепа на три поперечники пальця нижче інтерспінальної лінії. Стрілоподібний шов — у правому косому розмірі таза. Пальпуються мале (праворуч) і велике (ліворуч) тім'ячка, які перебувають на одному рівні.



Поставте діагноз. Визначте тактику ведення пологів.



II період пологів. Передньоголове вставлення. Пологи вести через природні пологові шляхи.

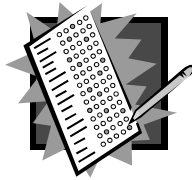
2. Жінка, що народжує повторно, таз нормальний, пологи тривають 6 годин, перейми хорошої сили. Води не виливалися. Шийка матки розкрилася на 8 см. Передлежить голівка малим сегментом у вході до малого тазу. Під час вагінального дослідження через плідний міхур визначаються надбрівні дуги, корінь носа і очна ямка, що перебувають ближче до лобкового зчленування (передній вид за спинкою).



Поставте діагноз. Визначте тактику ведення пологів.



I період пологів. Лобне вставлення голівки плода. Показана операція кесарського розтину.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Впершенароджуюча, пологи у строк, перейми хорошої сили. Таз нормальний. Зовнішнє дослідження: голівка розміщена малим сегментом у вході до малого таза, задній вид (за спинкою плода). Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки на 7 см, плідного міхура немає (води вилились 6 годин тому). На рівні інтерспинальної лінії пальпуються ніс, рот і підборіддя, звернене до лона.



Яке передлежання плода?



- A. Потиличне передлежання
- B. Передньоголовне передлежання
- C. Лобове передлежання
- D. Лицеве передлежання *

2. Пологи другі у строк, перейми хорошої сили. Таз нормальний. Зовнішнє дослідження: голівка розміщена малим сегментом у вході до малого таза, передній вид (за спинкою плода). Вагінальне дослідження: розкриття шийки матки на 5 см, плідного міхура немає (води вилились 1 годину тому). На рівні інтерспинальної лінії пальпуються ніс, рот і підборіддя, звернене до крижів.



Яка тактика ведення пологів?



- A. Очікувати початок другого періоду пологів
- B. Провести стимуляцію пологової діяльності
- C. Накласти акушерські щипці
- D. Провести кесарський розтин *

Тема 5. КРОВОТЕЧІ У II ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ ТА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Кровотечі під час вагітності та пологів займають одне з ведучих місць в акушерській патології, суттєво впливають на показник материнської смертності, рівень якої складає до 30%, а також сприяють розвитку різних захворювань жіночого організму.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечах.
5. Диференційну діагностику кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
6. Методи зупинки кровотеч.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
2. Скласти план обстеження при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
3. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
4. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
5. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
7. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.
2. Типи плацентації.
3. Особливості матково-плацентарного кровообігу
4. Васкуляризація матки

IV. Зміст навчального матеріалу

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

Передлежання плаценти

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

Передлежання плаценти зустрічається у 0,2-0,8 % від загальної кількості пологів.

Класифікація аномального розташування плаценти

1. Повне передлежання (placenta praevia totalis) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і повністю перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
2. Неповне передлежання плаценти (placenta praevia partialis) – плацента, що розташована в нижньому сегменті і частково перекриває внутрішнє вічко шийки матки.
 - 2.1. бокове передлежання плаценти (placenta praevia lateralis) – плацента займає 2/3 частину вічка шийки матки;
 - 2.2. крайове передлежання (placenta praevia marginalis) – плацентарна тканина підходить до краю внутрішнього вічка шийки матки.
3. Низьке прикріплення плаценти – розташування плаценти у нижньому сегменті матки нижче 7 см від внутрішнього вічка.

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

Фактори, що сприяють розвитку передлежання плаценти

А. Незрілість елементів трофобласту бластоцисти.

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

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

Клінічна картина передлежання плаценти

Ведучим клінічним симптомом є раптові без больових відчуттів кров'янисті виділення, які можуть періодично повторюватись упродовж терміну вагітності з 12 до 40 тижнів, виникають спонтанно або після фізичного навантаження. Кров'янисті виділення набувають загрозливого характеру з початком скорочень матки у будь-якому терміні.

В механізмі кровотечі при передлежанні плаценти основну роль відіграють скорочення м'язів матки та розтягнення нижнього сегменту в процесі вагітності та під час пологів з порушенням цілісності міжворсинкового простору. Ворсинки плаценти, в зв'язку з їх нездатністю до розтягнення, втрачають зв'язок зі стінками матки.

Термін появи кровотечі та її сила залежать від величини передлеглої ділянки плаценти та типу передлежання. Так, при центральному (повному) передлежанні кровотеча нерідко починається рано – в II триместрі вагітності; при боковому та краєвому передлежанні (неповному) – в III триместрі або під час пологів.

Важкість стану жінки визначається об'ємом і темпом крововтрати. Сила кровотечі при повному передлежанні звичайно більш значна, ніж при неповному. Перша кровотеча зазвичай починається спонтанно. Іноді вона може бути настільки інтенсивною, що супроводжується смертельними наслідками, а неодноразові повторні

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

У разі, коли кров'янисті виділення спостерігаються у вагітних ще в I триместрі, їх слід розцінювати як тривожний сигнал, що може свідчити не тільки про загрозу переривання вагітності, але й про глибоке занурення ворсин хоріона в підлеглі тканини з порушенням судин. Така ознака має місце не тільки при передлежанні плаценти, а й при більш небезпечній патології – шийковій та перешийково-шийковій вагітності.

Діагностика

Для встановлення діагнозу необхідно:

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

1. Оцінити клінічні прояви – поява кровотечі, що повторюється, не супроводжується болем та підвищеним тонусом матки.
 2. Провести акушерське обстеження:
 - A. Обережне зовнішнє акушерське обстеження:
 - високе розташування передлеглої частини;
 - тонус матки не підвищений;
 - аускультативно в ділянці нижнього сегменту може визначатися шум плаценти;
 - може виявлятися неправильне положення плода, або тазове передлежання.
 - B. Огляд шийки матки і піхви в дзеркалах виключно в умовах розгорнутої операційної:
 - дозволяє виключити інші джерела кровотечі (розрив варикозних вузлів піхви, псевдоерозію і рак шийки матки).
 - V. Піхове дослідження виключно в умовах розгорнутої операційної:
 - a. при закритій шийці матки:
 - через склепіння пальпується тістуватість, пастозність тканин, пульсація судин; високе стояння передлеглої частини і неможливість її пальпувати;
 - b. при відкритій шийки матки не менше ніж на 4-6 см виявляють:
 - плацентарну тканину – повне передлежання (placenta praevia totalis);
 - плідні оболонки і тканину плаценти – бокове передлежання (placenta praevia lateralis);
 - плідні оболонки і край плаценти – крайове передлежання (placenta praevia marginalis);
 - шороховатість плідних оболонок – низьке прикріплення плаценти.
3. Ультразвукове дослідження має високу інформативну цінність у визначенні локалізації плаценти та виду передлежання.

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються кровотечами:

- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти;
- розривом матки;
- розривом варикозних вузлів в ділянці вульви і піхви;
- раком та ерозією шийки матки.

Лікування та акушерська тактика при передлежанні плаценти.

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

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

Акушерська тактика при недоношеній вагітності

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

1. У разі невеликої крововтрати (до 250 мл), відсутності симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, відсутності пологової діяльності, незрілості легенів плода при вагітності до 37 тижнів – вичікувальна тактика. Метою такої тактики є пролонгація вагітності для дозрівання легенів плода. Проводиться:
 - госпіталізація;
 - токолітична терапія за показаннями;
 - прискорення дозрівання легень плода до 34 тижнів вагітності (дексаметазон 6 мг через 12 годин протягом 2 діб);
 - моніторне спостереження за станом вагітної та плода.
2. У разі прогресування кровотечі (більше 250 мл), появі симптомів геморагічного шоку, дистресу плода, незалежно від стану плоду та терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

Акушерська тактика при доношеній вагітності.

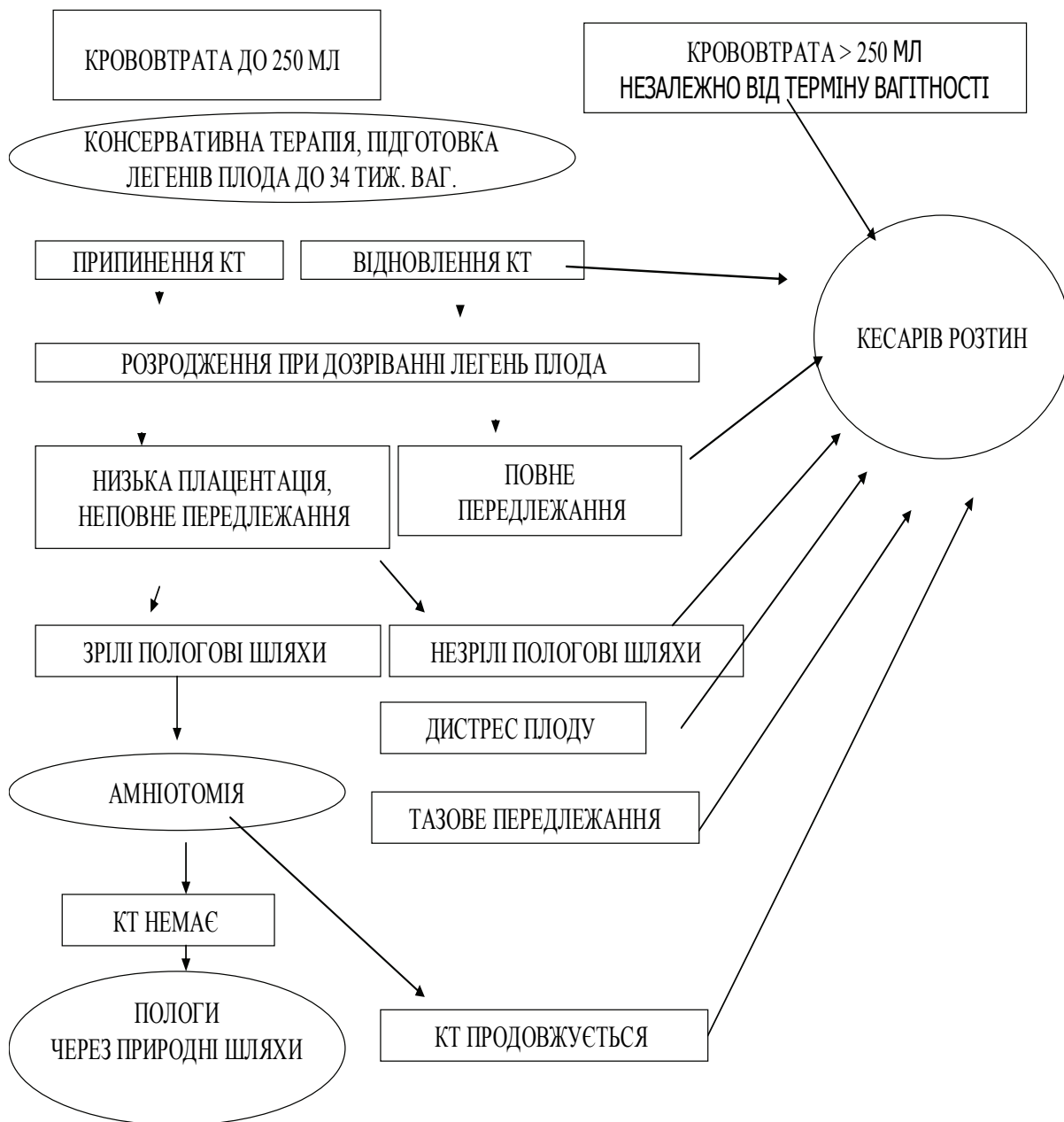
1. При крововтраті до 250 мл. За умови розгорнутої операційної уточнюється ступінь передлежання:
 - у разі часткового передлежання плаценти, можливості досягнення амніотичних оболонок та головного передлежання плода, активних скороченнях матки, виконується амніотомія. При відновленні кровотечі - кесарів розтин. При припиненні кровотечі пологи ведуться через природні пологові шляхи. Після народження плода - в/м введення 10 ОД окситоцину, ретельне спостереження за скороченням матки та характером виділень із піхви.
 - при повному або неповному передлежанні плаценти, неправильному положенні плода (косе або поперечне) чи тазовому передлежанні виконується кесарів розтин;
 - при неповному передлежанні плаценти, мертвому плоді можлива амніотомія, при припиненні кровотечі - розродження через природні пологові шляхи.
2. При крововтраті більше 250мл - незалежно від ступеню передлежання - терміновий кесарів розтин.
3. При повному передлежанні, діагностованому за допомогою УЗД, без кровотечі - госпіталізація до строку розродження, кесарів розтин у терміні 37-38 тижнів.

У ранньому післяпологовому періоді, - ретельне спостереження за станом породіллі. При відновленні кровотечі після операції кесаревого розтину та досягненні загальної крововтрати більше 1% від маси тіла - термінова релапаротомія, екстирпація

матки без додатків, за необхідності - перев'язка внутрішніх клубових артерій спеціалістом, який володіє цією операцією.

Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому проводиться за показаннями (див. відповідну тему заняття).

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ



Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

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

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

Класифікація ПВНРП:

1. Повне відшарування (усієї плаценти);
2. Часткове відшарування:
 - крайове
 - центральне.

Причини ПВНРП

А. Під час вагітності:

1. Мембранна патологія та патологічні процеси в спіральних артеріях, які викликають втрату їх еластичності (пreeклампсія, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, інфузійно-алергічний васкуліт)
2. Механічні фактори (травма живота).
3. Імунно-конфліктна вагітність.
4. Дистрофічні зміни ендометрію
5. Аномалії розвитку та пухлини матки.

В. Під час пологів:

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

Патогенез ПВНРП

Механізм відшарування полягає в утворенні базальних гематом в результаті патологічних змін судин децидуальної оболонки. Відмежовані гематоми, досягаючи великих розмірів, порушують базальну пластинку і прориваються в міжворсинкове кров'яне русло. Виникає відшарування плаценти і здавлювання плацентарної тканини утвореною гематомою. Макроскопічно при частковому відшаруванні на материнській поверхні плаценти відмічаються фасетки («старе» відшарування) або згортки крові («гостре» відшарування).

Велика матково-плацентарна гематома, не знайшовши виходу в піхву, розтягує плацентарну площадку, і виникає матково-плацентарна апоплексія, описана А. Кувелером.

Клінічна картина

Ведучими клінічними симптомами при ПВНРП є:

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

2. Гіпертонус матки аж до тетанії, який не знімається спазмолітиками та токолітиками.
3. Дистрес плода та його загибель.
4. Кровотеча з піхви може варіювати залежно від характеру відшарування (крайове або центральне) від незначної до масивної. Вона може бути в декількох варіантах: внутрішня, зовнішня, комбінована.

Якщо формується ретроплацентарна гематома, зовнішня кровотеча може бути відсутня. Загальний стан погіршується, прискорюється пульс, дихання, зменшується АТ, бліді шкірні покриви, може виникнути непритомність.

Якщо відшарування відбувається по периферії, кров навіть при незначній гематомі може швидко відшарувати плодові оболонки, і кровотеча виявляється зовнішньою. Колір крові, що витікає через піхву, при гострому відшаруванні є яскраво-червоним, при відшаруванні значної давнини – коричневий, серозно-крово'янистий, з темними згортками. Стан хворої при цьому, як правило, відповідає видимій крововтраті.

Діагностика

1. Анамнез (загальний, акушерсько-гінекологічний, наявність екстрагенітальної патології).
2. Оцінка стану вагітної, що залежить від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.
3. Зовнішнє акушерське дослідження:
 - гіпертонус матки;
 - матка збільшена в розмірах, може бути деформована, з локальним вип'ячуванням;
 - болючість при пальпації;
 - ускладнення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
 - дистрес плода або його загибель.
4. Внутрішнє акушерське дослідження:
 - напруженість плідного міхура;
 - забарвлення навколоплідних вод кров'ю;
 - кровотеча різної інтенсивності з матки.
5. УЗ – діагностика з вимірюванням площі відшарування.
6. Діагностика стану плода (аускультатія, УЗДГ, ФКГ).
7. Лабораторні дослідження (еритроцити, тромбоцити, Hb, Ht, коагулограма, час згортання за Лі-Уайтом).

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз ПВНRP базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода.

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

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності - термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків. Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.
2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.
3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії

для дозрівання легенів плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

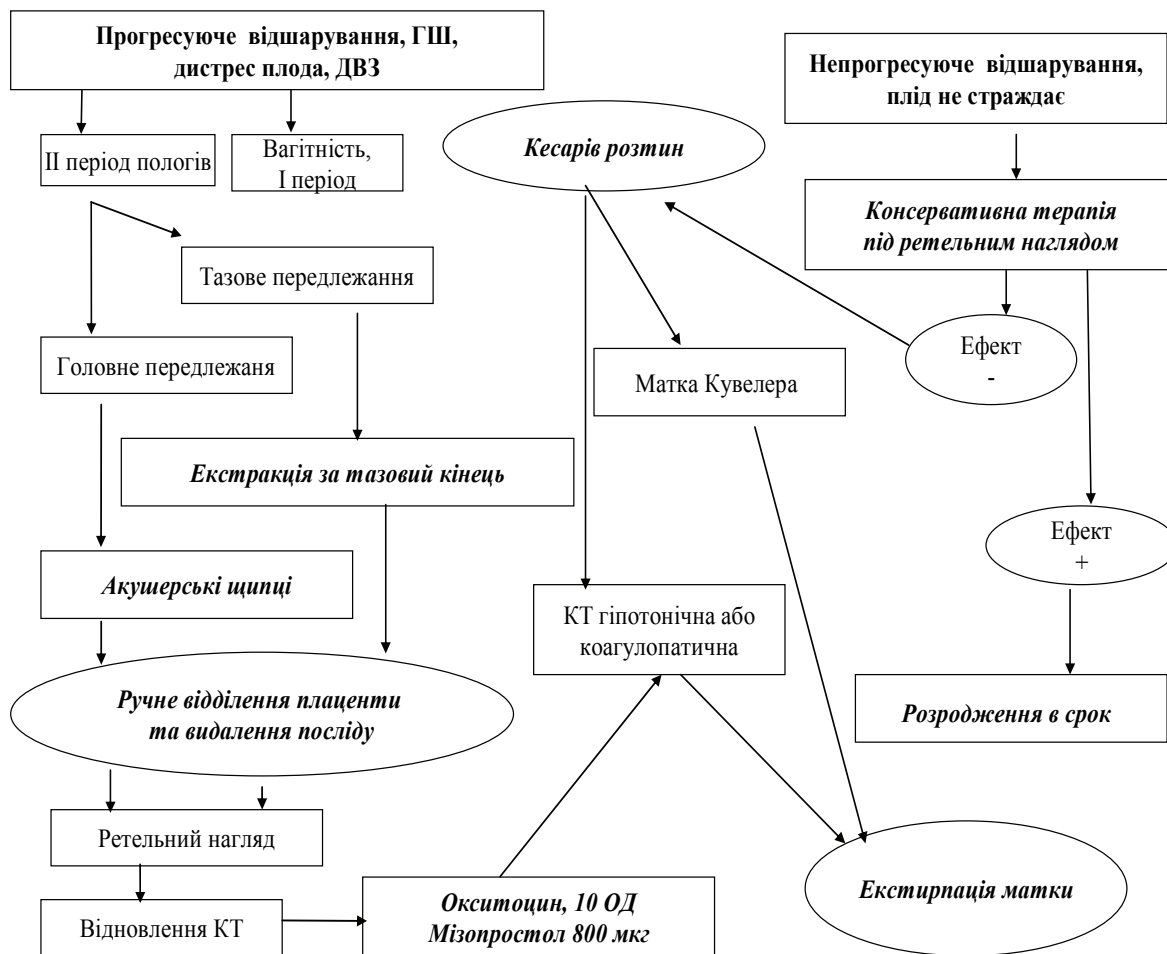
Особливості кесаревого розтину:

- операції передуює амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішньої поверхні) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без додатків; при необхідності – перев'язка клубових артерій;
- при невеликій площі апоплексії (2-3 вогнища малого діаметру 1-2см, або одне - до 3 см) та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберегти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плід), консиліумом вирішується питання про збереження матки. Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнині за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді - ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти при повному відкритті шийки матки

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

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗМІЩЕНОЇ ПЛАЦЕНТИ



V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

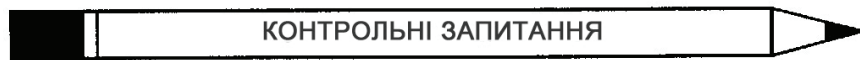
Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Якщо тематичних вагітних немає, можна розібрати декілька історій пологів з акушерською кровотечею під час вагітності чи в пологах, аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.

В. Заключний – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: пологова зала, операційна, післяпологові палати, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, історії пологів, аналізи, контрольні запитання, ситуаційні та тестові задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття "передлежання плаценти"?
2. Яка класифікація передлежань плаценти?
3. Які фактори сприяють утворенню передлежання плаценти?
4. Яка клінічна картина спостерігається при передлежанні плаценти?
5. Які методи діагностики передлежання плаценти?
6. Яка диференціальна діагностика передлежання плаценти?
7. Яка акушерська тактика при передлежанні плаценти у разі недоношеної вагітності?
8. Яка акушерська тактика при передлежанні плаценти у разі недоношеної вагітності?
9. Яке визначення поняття ПВНРП?
10. Яка класифікація ПВНРП?
11. Які етіологія і патогенез ПВНРП?
12. Яка клініка ПВНРП?
13. Які методи діагностики ПВНРП?
14. Яка акушерська тактика при ПВНРП під час вагітності і в I періоді пологів?
15. Яка акушерська тактика у разі ПВНРП при повному відкритті шийки матки?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Встановити попередній діагноз при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
2. Скласти план обстеження при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
3. Провести клініко-лабораторну діагностику при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.
4. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
5. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.

7. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітність 39 тижнів, пологи II, I період. Перейми почалися 3 години тому. Протягом доби відмічає наявність кров'яних виділень з пологових шляхів, які то посилюються, то зменшуються. Роділля дуже бліда. Пульс у роділлі 110 / хв., АТ - 90/50 мм рт. ст. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, зліва нижче пупка, 170 / хв. Вагінальне дослідження: у вагіні згортки крові. Шийка матки згладжена, відкриття 5 см, ліворуч пальпується плацента, праворуч – оболонки, голівка рухома над входом до малого тазу. У загальному аналізі крові: Нb – 80 г/л; Нt – 18; лейкоцити – $10,8 \times 10^9$ /л; ШОЕ – 38 мм/год. Аналіз сечі – без змін.



Діагноз? Що робити?

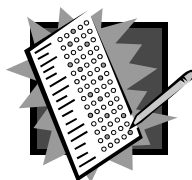
Вагітність 39 тижнів, головне передлежання, I період пологів, неповне передлежання плаценти. Кесарів розтин

2. Вагітна В., 18 років поступила у пологовий будинок зі скаргами на слабкість та значні кров'яні виділення зі статевих шляхів, постійні болі внизу живота. Вагітність I, 38 тижнів; лікувалась у відділенні патології вагітних з приводу прееклампсії середнього ступеня важкості. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, кінцівки холодні, акроціаноз. Тахікардія до 120 уд./хв. пульс ниткоподібний, задишка, АТ – 80/40 мм. рт. ст. Шоковий індекс – 1,5. Живіт овальної форми, болючий при пальпації у ділянці дна матки ліворуч, де визначаються невеликі випинання. Плід у поздовжньому положенні, голівка притиснута до входу в малий таз, серцебиття плода – 120-110/ хв. У піхві згортки крові, шийка матки скорочена, пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий. Приблизна крововтрата – близько 1000 мл.



Діагноз? Тактика лікаря?

Вагітність 38 тижнів, головне передлежання, ПВНРП. Дистрес плода Геморагічний шок II ступеня. Кесарів розтин.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Першовагітна 37 років поступила зі скаргами на переймоподібні болі в животі та попереку, що мають тенденцію до зростання, запаморочення, кров'янисті виділення з піхви, посилення рухів плода на протязі 6 годин. Об'єктивно: бліда, пульс 100 уд./хв., АТ 160/100 мм рт.ст., генералізовані набряки, в сечі 4 г/л білку. Матка в підвищеному тонусі, болюча, із-за чого частини плода пальпуються нечітко. Серцебиття плода глухе, 170 уд./хв., ритмічне. При

внутрішньому дослідженні: шийка матки довжиною 3 см, вічко закрите. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Виділення кров'яністі, мажучі.



Яка найбільш раціональна тактика ведення вагітної?



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

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



Який найбільш вірогідний діагноз?



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

Тема 6. КРОВОТЕЧІ В ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВІ

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Маткові кровотечі займають одне з провідних місць серед причин материнської смертності. Щорічно в усьому світі післяпологова кровотеча (ПК) розвивається у 14 мільйонів жінок. Щорічно від ПК вмирає 125 000 пацієнток.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття "патологічна кровотеча".
2. Фактори ризику післяпологових кровотеч.
3. Причини кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах.
4. Класифікацію кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах.
5. Клініку кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах.
6. Діагностику акушерських кровотеч в III та післяпологовому періодах.
7. Основні принципи лікування акушерських кровотеч.
8. Акушерську тактику при кровотечах в Ш і післяпологовому періодах.
9. Профілактику кровотеч в послідовому і післяпологовому періодах.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Поставити правильно діагноз при кровотечі в Ш і післяпологовому періодах.
2. Оцінити об'єм крововтрати.
3. Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в Ш періоді пологів.
4. Показати на фантомі методи зупинки гіпотонічної кровотечі.
5. Скласти план відновлення ОЦК.

III. Базові знання

1. Фізіологія вагітності та пологів.
2. Васкуляризація матки.
3. Фізіологія кровообігу.
4. Основні фази зсідання крові.
5. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові.
6. Клініка та ведення пологів (особливості III та раннього післяпологового періодів).
7. Показники гомеостазу.
8. Механізм регуляції гемодинаміки.
9. Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах.

IV. Зміст навчального матеріалу

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

Фактори ризику виникнення післяпологових кровотеч:

- обтяжений акушерський анамнез (кровотечі при попередніх пологах, аборти, самовільні викидні);
- гіпертензивні розлади та прееклампсія;
- великий плід;
- багатоводдя;

- багатоплідна вагітність;
- лейоміома матки;
- рубець на матці;
- хронічний ДВЗ-синдром;
- тромбocyтопатія;
- антенатальна загибель плода.

КРОВОТЕЧІ У ПОСЛІДОВОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Класифікація причин кровотеч у III періоді пологів

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

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

Патологія прикріплення плаценти

Розрізняють дві **форми патологічного прикріплення** плаценти:

- *щільне прикріплення (placenta adhaerens)* - виникає внаслідок атрофії губчатого шару децидуальної оболонки, і зустрічається в середньому в 0,9% випадків.
- *прирощення плаценти (placenta accrete)* - таке прикріплення, при якому між м'язовим шаром та ворсинками хоріона відсутній губчатий шар децидуальної оболонки, і ворсини хоріону досягають м'язового шару і навіть проникають у нього; зустрічається вкрай рідко (1 випадок на 24000 пологів) і майже виключно у повторнороділь.

Деякі акушери виділяють ще 2 варіанти прирощення плаценти:

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

Щільне прикріплення або прирощення плаценти може бути

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

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

- 1) структурно-морфологічні зміни в ендометрії і міометрії після операцій чи запальних процесів;
- 2) пов'язані з порушенням ферментативної рівноваги в системі гіалуронова кислота - гіалуронідаза між ворсинками хоріона та децидуальною оболонкою;
- 3) обумовлені патологією розміщення плаценти.

Клінічні прояви. Патологія прикріплення плаценти проявляється або кровотечею в послідовому періоді (часткове щільне прикріплення або прирощення плаценти), або відсутністю ознак самостійного відділення плаценти при наявності перейм (повне щільне прикріплення або прирощення плаценти).

Кровотечі в III періоді пологів, пов'язані з аномалією прикріплення плаценти, слід диференціювати від кровотеч, обумовлених затримкою частин плаценти або защемленням плаценти, що відділилася.

Затримка в матці частин плаценти та оболонок

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

Клінічні ознаки затримки в матці частин плаценти та оболонок.

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

Защемлення плаценти, що відділилася

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

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

Акушерська тактика при патології прикріплення, відокремлення або виділення плаценти.

1. Катетеризація периферичної або центральної вени роділлі для інфузії залежно від величини крововтрати та стану жінки.
2. Випорожнення сечового міхура.
3. Перевірка ознак відділення плаценти та виділення посліду ручними прийомами.
4. У разі защемлення посліду зовнішній масаж матки, зовнішні прийоми видалення посліду.
5. У разі затримки частин плаценти або оболонок - ручне обстеження порожнини матки під внутрішньовенним наркозом.
6. У разі порушення механізму відокремлення плаценти та відсутності кровотечі - очікування протягом 30 хв., (у вагітних із групи ризику - 15 хв.) з подальшим ручним відокремлення плаценти та виділенням посліду.
7. При появі кровотечі - термінове ручне відокремлення плаценти та виділення посліду під в/в наркозом.
8. Введення утеротонічних засобів - 10 -20 ОД окситоцину в/в на 400мл фізіологічного розчину в/в крапельно.
9. За умови істинного прирощення або пророщення плаценти - лапаротомія, екстирпація матки без придатків.

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

КРОВОТЕЧІ В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.

За класичним визначенням ранньою (первинною) післяпологовою кровотечею є крововтрата в перші 24 год. після пологів. Кровотеча, що виникає після 24 год. та до 6 тижнів є пізньою (вторинною). Пізня післяпологова кровотеча найчастіше виникає на 7-12 дні після пологів.

РАННІ ПІСЛЯПОЛОГОВІ КРОВОТЕЧІ

Класифікація ранніх післяпологових кровотеч:

- гіпотонія та атонія (у 90% випадків) матки;
- затримка частин плаценти або оболонок;
- травми пологових шляхів (див. материнський травматизм);
- коагулопатична кровотеча (див. ДВЗ-синдром);
- розриви матки;
- емболія навколоплідними водами.

Гіпотонічні та атонічні кровотечі

Маткові кровотечі в перші години післяпологового періоду (ранні післяпологові кровотечі) найбільш часто пов'язані з порушенням скоротливої діяльності матки (гіпо- і атонічний стан). Частота гіпотонічних кровотеч становить 3-4% від загальної кількості пологів, а в структурі усіх кровотеч в післяпологовому періоді – 90%.

Терміном «атонія» визначають стан матки, при якому міометрій повністю втрачає властивість скорочуватися. Гіпотонія матки характеризується зниженням тонусу і недостатньою здатністю матки до скорочення.

Причини гіпотонії і атонії матки.

- анатомічна та функціональна недостатність міометрію (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, вади розвитку, пухлини матки, рубець на матці, крупний плід, багатоводдя, багатопліддя);
- перезбудження з наступним виснаженням функції міометрію (тривалі зтяжні пологи, оперативне закінчення пологів, застосування ліків, що знижують тонус міометрію (спазмолітики, токолітики), гіпоксія під час пологів тощо);
- порушення скоротливої функції міометрію внаслідок порушення біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестераза, прогестерон, простагландини);
- порушення процесу прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
- ідіопатичні (не встановлені), ятрогенні.

Клінічна картина гіпотонічних та атонічних кровотеч.

Може спостерігатися 2 клінічні варіанти кровотеч.

Перший варіант: відразу після народження посліду матка втрачає здатність скорочуватися; вона атонічна, не реагує на механічні, температурні і медикаментозні подразники, кровотеча з перших хвилин носить характер профузного, швидко приводить породіллю у шоківий стан.

Другий варіант: матка періодично розслабляється; під дією засобів, що стимулюють мускулатуру, тонус і скорочувальна здатність її тимчасово відновлюються;

потім матка знову стає дряблою; кровотеча хвилеподібна; періоди підсилення чергують з майже повною зупинкою; кров втрачається порціями по 100-200 мл. Організм породіллі компенсує таку крововтрату, якщо акушерська допомога надається вчасно і в достатньому обсязі. Якщо акушерська допомога запізнюється або проводиться безсистемно, відбувається виснаження компенсаторних можливостей організму. Матка перестає реагувати на збудники, приєднуються порушення гемостазу, кровотеча стає масивною, розвивається геморагічний шок. Другий варіант гіпотонічної кровотечі зустрічається значно частіше.

Лікування

Надання допомоги при гіпотонічних кровотечах полягає в комплексі заходів, які проводять швидко, чітко, не витрачаючи часу на повторне застосування неефективних засобів та маніпуляцій.

Методи визначення величини крововтрати

1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

$$\text{Об'єм крововтрати} = V/2 \times 15\% \text{ (при крововтраті менше 1000 мл)}$$

або

$$\text{Об'єм крововтрати} = V/2 \times 30\% \text{ (при крововтраті більше 1000 мл)}$$

де *V* - вага серветок, 15% і 30% - величина помилки на навколоплідні води, дезрозчини.

2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$$\text{Співвідношення загального об'єму крововтрати} = \frac{0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}}{\text{маса тіла} \times \text{гематокрит}}$$

де

$$\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = \frac{24}{0,86 \times \text{вихідний гематокрит} \times 100}$$

3. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту:

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057-1054	44-40	До 500
1053-1050	38-32	1000
1049-1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

4 Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \text{ЧСС} / \text{АТс}$$

де ЧСС- частота серцевих скорочень; АТс - систолічний артеріальний тиск
У нормі індекс Альговера =1.

За значеннями індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9-1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

Примітка: індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою.

5. Гематокритний метод Мооге

$$KB = OЦК (н) \times (ГТ (н) - ГТ (ф)) / ГТ (н)$$

де KB- крововтрата; OЦК (н) - нормальний OЦК; ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок -42); ГТ (ф) - гематокрит фактичний, визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки.

6. Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = (0,42-ГТ (ф)) / M \times 75 \times 0,42$$

де: KB - крововтрата (мл); M - маса тіла вагітної (кг); ГТ (ф) - фактичний гематокрит хворої (л/л).

Доцільно проводити надання допомоги за наступною схемою:

1. Оцінка загального стану породіллі та величини крововтрати (див. нижче).
2. Термінове обстеження (рівень гемоглобіну, гематокрит, коагулограма, група та резус фактор, біохімічний аналіз крові).
3. Катетеризація периферичних (або і центральних) вен в залежності від стану жінки.
4. Випорожнення сечового міхура.
5. Введення утеротонічних засобів: в/в крапельно *окситоцин* 10-20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину,
6. Ручне обстеження матки під внутрішньовенним наркозом (оцінка цілісності матки, особливо лівої стінки, видалення згортків крові, залишків плаценти та оболонки).
7. Огляд пологових шляхів та зашивання розривів.
8. З метою зменшення крововтрати рекомендована тимчасова бімануальна зовнішня або внутрішня компресія матки.
9. Зовнішній масаж матки (20-30 с через 1 хв.).
10. У разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально.
11. Відновлення OЦК та крововтрати (див. розділ "Геморагічний шок").
12. При крововтраті 1,5% від маси тіла і тривалій кровотечі слід застосувати хірургічне втручання в обсязі екстирпації матки без додатків, а при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій.
13. При продовженні кровотечі після екстирпації матки – туга тампонада черевної порожнини та піхви (до зупинки кровотечі черевну порожнину не зашивати).

Кроковий підхід до лікування післяпологових кровотеч

Крок 1

Первинна оцінка та терапія

Реанімація	Оцінка причини	Лабораторні тести
<ul style="list-style-type: none"> • катетеризація вени • киснева маска • моніторинг АТ, Ps, ЧД, діурезу • сечовий катетер • насичення крові киснем 	<ul style="list-style-type: none"> • обстеження матки (тонус) • обстеження пологових шляхів (травма) • перегляд анамнезу (тромбін) • обстеження кров'яних згустків 	<ul style="list-style-type: none"> • група крові та резус фактор • коагулограма • загальний аналіз крові

Крок 2

Цілеспрямована терапія

"Тонус"	"Тканина"	"Травма"	"Тромбін"
<ul style="list-style-type: none"> • зовнішній масаж • скорочуючі препарати 	<ul style="list-style-type: none"> • ручне обстеження порожнини матки • кюретаж 	<ul style="list-style-type: none"> • діагностика травматичних пошкоджень та їх відновлення 	<ul style="list-style-type: none"> • відновлення ОЦК • антикоагуляція • відновлення факторів згортання крові

Крок 3

Масивна післяпологова кровотеча або некерована

Надання допомоги: відділення інтенсивної терапії та реанімації	Місцеві заходи: <ul style="list-style-type: none"> • ручна компресія • підготовка до оперативного лікування 	<ul style="list-style-type: none"> • АТ та згортання крові • відновлення ОЦК
--	---	--

Крок 4

Хірургічне лікування

Екстирпація матки

Крок 5

Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травматичних пошкоджень	Тампонада черевної порожнини	Перев'язка внутрішніх клубових артерій
-------------------------------------	------------------------------	--

ПІЗНЯ ПІСЛЯПОЛОГОВА КРОВОТЕЧА

Пізньою (вторинною) післяпологовою кровотечею називається кровотеча, що виникає після 24 год. та до 6 тижнів після пологів .

Основні причини пізньої післяпологової кровотечі:

- затримка частин посліду в матці;
- відходження некротизованих тканин після пологів;
- розходження швів на матці після кесаревого розтину.

В перші дні і навіть тижні після пологів кровотечі можуть бути обумовлені затримкою частин плаценти або оболонок в матці, яка не була вчасно діагностована. Часточки посліду, що затрималися в матці, перешкоджають нормальній інволюції матки, сприяють розвитку метроендометриту і інших форм післяпологової інфекційної патології.

Діагностика

При кровотечі, що розпочалася діагноз ставлять на основі даних, отриманих при піхвовому дослідженні. Визначають проходимий для 1-2 пальців цервікальний канал, велику м'яку матку, розміри якої не відповідають дню післяпологового періоду. Іноді за внутрішнім вічком пальпується щільна бугриста тканина.

Акушерська тактика при пізніх післяпологових кровотечах

- оцінка величини крововтрати та загального стану породіллі;
- катетеризація периферичних (або і центральних) вен;

- в) інструментальна ревізія порожнини матки під в/в наркозом (тканину, яку вилучають в обов'язковому порядку направляють на гістологічне дослідження);
- г) введення утеротонічних засобів – в/в крапельно *окситоцин* 10-20 ОД на 400 мл фізіологічного розчину;
- д) у разі продовження кровотечі – *мізопростол* 800 мкг ректально;
- е) інфузійна та антибактеріальна терапія.
- ж) при крововтраті вище 1,5% від маси тіла – лапаротомія і екстирпація матки, а при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій.

Профілактика післяпологових кровотеч

а) під час вагітності:

- оцінка факторів ризику виникнення кровотечі;

Фактори, які сприяють виникненню кровотеч у післяпологовому періоді

Попередні вагітності	Фактори, що виникають під час вагітності	Фактори, що з'являються під час пологів
Першороділлі	Повне передлежання плаценти	Родозбудження
Більше 5 пологів в анамнезі	Відшарування плаценти	Тривалі або утруднені пологи
Патологія відокремлення або виділення плаценти	Багатоводдя	Стрімкі пологи
Операції на матці в анамнезі, включаючи кесарів розтин	Багатоплідна вагітність	Ургентний кесарів розтин
Тривалі або утруднені пологи в анамнезі	Внутрішньоутробна загибель плода	Розродження за допомогою акушерських щипців
Фонові захворювання - серцево-судинні, цукровий діабет, порушення згортання крові	Важка прееклампсія, еклампсія	Хоріонаміоніт
Анемія	Гепатит	ДВЗ-синдром
Міома матки	Стани, що пов'язані з анемією	Загальна або епідуральна анестезія

- діагностика та лікування анемії;
- госпіталізація у пологовий будинок з готовністю надання допомоги вагітним з груп ризику по виникненню кровотечі, які мали: дородову кровотечу, кровотечі при попередніх пологах, мають багатоводдя, багатоплідну вагітність та крупний плід;

б) під час пологів:

- знеболення пологів;
- уникнення тривалих пологів;
- активне ведення III періоду пологів;
- використання утеротоніків у III періоді пологів;
- рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок;
- профілактика травматизму під час пологів;

в) після пологів:

- обстеження та огляд пологових шляхів;
- уважний нагляд протягом 2 год. після пологів;

- у вагітних груп ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 год. після пологів.

V. Основні етапи заняття

A. *Підготовчий* – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

B. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. По можливості рекомендовано продемонструвати пологи, проаналізувати III період пологів, оцінити крововтрату після пологів. Якщо тематичних породіль немає, можна розібрати декілька історій пологів з акушерською кровотечею в третьому і післяпологовому періоді. На фантомі відпрацювати методи зупинки акушерських кровотеч.

C. *Заключний* – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: пологова зала, операційна, післяпологові палати, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття патологічної кровотечі?
2. Які фактори ризику післяпологової кровотечі?
3. Які причини кровотеч в Ш періоді пологів?
4. Які форми патологічного прикріплення плаценти?
5. Які причини патологічного прикріплення плаценти?
6. Яка клініка патологічного прикріплення плаценти?
7. Які причини, клініка затримки в матці частин плаценти?
8. Які причини, клініка защемлення плаценти?
9. Які лікувальні заходи щодо боротьби з кровотечею в Ш періоді пологів?
10. Яке визначення поняття "рання і пізня післяпологова кровотеча"?
11. Яка класифікація ранніх післяпологових кровотеч?
12. Які причини і патогенез гіпотонічних маткових кровотеч?
13. Яка клініка гіпотонічних і атонічних маткових кровотеч?
14. Які методи визначення величини крововтрати?
15. Який обсяг та послідовність терапевтичних заходів при гіпотонічних маткових кровотечах?
16. В чому полягає кроковий підхід до зупинки гіпотонічної маткової кровотечі?

17. Які лікарські засоби застосовуються для зупинки маткових кровотеч в післяпологовому періоді,?
18. Які показання до хірургічного лікування та обсяг оперативного втручання при гіпотонічній кровотечі в післяпологовому періоді.?
19. Які причини, діагностика, лікування пізніх післяпологових кровотеч?
20. Які основні заходи профілактики виникнення післяпологових кровотеч?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез у вагітної, роділлі, оцінити фактори ризику післяпологових кровотеч.
2. Поставити діагноз при кровотечі в Ш і післяпологовому періодах (на підставі даних історії пологів).
3. Оцінити об'єм крововтрати (при демонстрації пологів або на підставі даних історії пологів).
4. Показати на фантомі методи зупинки кровотечі в Ш періоді пологів.
5. Показати на фантомі методи зупинки гіпотонічної кровотечі.
6. Скласти план відновлення ОЦК (на підставі даних історії пологів).
7. Виписати рецепти на лікарські препарати, що застосовують при акушерських кровотечах.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Породілля 28 років, вагітність шоста (аборти, ускладнені ендометритом). Пологи другі, перші пологи перебігали без ускладнень. Народилась дитина масою 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилюються, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується.



Який діагноз? Яка лікарська тактика?



Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча. Ручне обстеження матки, огляд пологових шляхів, в/в введення утеротоніків.

2. У 32-річної жінки масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка. Тонус матки не змінюється після введення засобів, що скорочують матку.



Яка причина кровотечі найбільш імовірна?



Атонія матки.

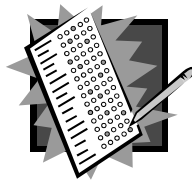
3. У роділлі К. І пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рс 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.



Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?



Прирощення плаценти (повне?). Лапаротомія, надпівхова ампутація матки.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

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



На що, найбільш ймовірно, вказує дана клінічна картина?



- A. Розрив шийки матки.*
- B. Передчасне відшарування плаценти
- C. Передлежання плаценти
- D. Розрив матки, що стався
- E. Гіпотонічна кровотеча

2. У породіллі через 1 годину після пологів крупним плодом з'явилися рясні кров'яні виділення з піхви із згортками крові. Шкіра та видимі слизові бліді. Пульс 100 уд./хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт. ст. Дно матки на середині відстані між пупком і мечовидним відростком. Матка м'яка. При зовнішньому масажі - з матки виділилась кров із згортками. Крововтрата склала 700 мл.



Який діагноз?



- A. Ранній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча*
- B. Пізній післяпологовий період. Гіпотонічна кровотеча
- C. Гіпотонія матки. ДВЗ-синдром.
- D. Глибокі розриви піхви, кровотеча
- E. Неповний розрив матки, кровотеча

Тема 7. ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК І ДВЗ-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВІ. ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Геморагічний шок та ДВЗ-синдром продовжують залишатися найбільш небезпечним проявом захворювань, які призводять до летальних наслідків. В акушерській практиці геморагічний шок та його ускладнення стійко займають ведуче місце серед причин материнської смертності. Як правило, причиною його розвитку є масивні крововтрати, частота яких становить 8-11% від загальної кількості пологів.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студенти повинні знати:

1. Визначення поняття «геморагічний шок».
2. Фактори ризику розвитку геморагічного шоку.
3. Патогенез геморагічного шоку.
4. Класифікацію геморагічного шоку.
5. Діагностику геморагічного шоку різного ступеня.
6. Основні принципи лікування геморагічного шоку.
7. Визначення поняття «ДВЗ-синдром».
8. Причини і фактори ризику розвитку ДВЗ-синдрому.
9. Патогенез ДВЗ-синдрому.
10. Класифікацію ДВЗ-синдрому за клінічним перебігом та стадіями.
11. Клінічні прояви ДВЗ-синдрому.
12. Заходи профілактики та лікування ДВЗ-синдрому.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Оцінити фактори ризику геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).
2. Оцінити ступінь тяжкості геморагічного шоку (за даними історії пологів).
3. Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).
4. Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).
5. Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів).
6. Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів).
7. Оцінити коагулограму.
8. Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.
2. Особливості васкуляризації вагітної матки.
3. Основні фази зсідання крові.
4. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові.
5. Вплив вагітності та навколоплідних вод на систему згортання крові.
6. Вплив крововтрати на життєво важливі функції організму матері і плода.
7. Механізм регуляції гемодинаміки.
8. Зміни в різних органах та системах внаслідок масивної крововтрати.
9. Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах.
10. Оцінка об'єму крововтрати

IV. Зміст навчального матеріалу

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК

Геморагічний шок – це гостра серцево-судинна недостатність, обумовлена невідповідністю об'єму циркулюючої крові ємкості судинного русла, яка виникає внаслідок крововтрати та характеризується дисбалансом між потребою тканин у кисні та швидкістю його реальної доставки.

Небезпека розвитку геморагічного шоку виникає при крововтраті 15-20% ОЦК (0,8 - 1,2% від маси тіла) або 750 - 1000 мл. Крововтрата, яка перевищує 1,5% від маси тіла або 25-30% від ОЦК (близько 1500 мл), вважається масивною.

Фактори ризику виникнення геморагічного шоку в акушерстві:

1. Патологічний преморбідний фон:
 - гіповолемія вагітних;
 - уроджені вади гемостазу;
 - набуті порушення гемостазу.
2. Кровотечі в ранні терміни вагітності:
 - аборт;
 - позаматкова вагітність;
 - міхуровий занесок.
3. Кровотечі в пізні терміни вагітності або в пологах:
 - передчасне відшарування плаценти;
 - передлежання плаценти;
 - розриви матки;
 - емболія навколоплідними водами.
4. Кровотечі після пологів:
 - гіпо- або атонія матки;
 - затримка плаценти або її фрагментів;
 - розриви тканин пологових шляхів.

Патогенез

Як б з причин не привела до масивної крововтрати, в патогенезі геморагічного шоку ведучим фактором є невідповідність (диспропорція) об'єму крові, що циркулює, та ємкості судинного русла. Спочатку це проявляється порушенням макроциркуляції, тобто системного кровообігу, а потім і розладами мікроциркуляції, і, як їх наслідок, розвиваються прогресуюча дезорганізація метаболізму, ферментативні зрушення, протеоліз.

Систему макроциркуляції утворюють артерії, вени, серце. До системи мікроциркуляції відносяться артеріоли, венули, капіляри і артеріовенозні анастомози. Як відомо, близько 70% усього ОЦК знаходиться у венах, 15% - в артеріолах, 12% - в капілярах, 3% - в камерах серця.

Гострий дефіцит об'єму циркулюючої крові, що виникає при крововтраті, призводить до зменшення венозного повернення до серця, зменшуючи тим самим об'єм та наповнення правого шлуночка. В результаті цього зменшується ударний об'єм серця, знижується артеріальний тиск, а в подальшому формується синдром малого викиду і гіпоперфузії.

Гіповолемія, як основний фактор в патогенезі ГШ, запускає ряд різноманітних механізмів компенсації, що супроводжується активацією симпатичної нервової системи і масивним викидом ендогенних катехоламінів. Завдяки цьому зростає частота серцевих скорочень, загальний периферичний опір судин та ударний об'єм.

При цьому вазоконстрикція охоплює не все периферичне русло рівномірно. В основному вона проявляється у внутрішніх органах, іннервація яких здійснюється черевними нервами (печінка, кишківник, підшлункова залоза), а також в нирках, шкірі та м'язах. При цьому об'єм крові, що притікає до головного мозку і міокарду, стає навіть більшим, ніж в звичайних умовах (централізація кровообігу).

Саме таким чином, не дивлячись на дефіцит ОЦК і обмеження венозного повернення крові до серця, у фазі компенсації ГШ артеріальний тиск та серцевий викид досить тривалий час можуть підтримуватися на сталому рівні.

Якщо швидкої нормалізації ОЦК не відбувається, то на перший план починають виступати негативні властивості вазоконстрикції, що проявляються насамперед порушенням капілярного кровотоку. Внаслідок порушення мікроциркуляції доставка кисню та енергетичних субстратів, а також виведення кінцевих продуктів обміну стають недостатніми. Розвивається порушення локального обміну речовин в тканинах, ознакою якого є метаболічний ацидоз. Прогресуюче накопичення кислих продуктів призводить в подальшому до розширення прекапілярів, в той час, коли посткапіляри залишаються звуженими. Це сприяє уповільненню кровотоку, підвищенню в'язкості крові, агрегації формених елементів. Спочатку відбувається агрегація тромбоцитів (білий феномен sludg), а потім і еритроцитів (червоний феномен sludg). В таких умовах капілярний кровоток змінюється настільки, що починається утворення мікротромбів або, іншими словами, криза мікроциркуляції призводить до розвитку ДВЗ-синдрому. Коагулопатія та ГШ взаємно посилюють одне одного.

Перехід життєдіяльності клітин на умови анаеробного типу метаболізму з накопиченням великої кількості недоокислених продуктів обміну і розвитком лактатацидозу призводить до порушення функцій багатьох органів, в тому числі і серця, сприяючи виникненню різноманітних аритмій, аж до зупинки кровообігу. Це пояснюється тим, що в умовах анаеробного метаболізму зазвичай розвивається патологічна триада: дефіцит АТФ – порушення синтезу білка – порушення калій-натрієвого насоса. Це визначає необоротність шоку, так як в результаті виходу калію з клітини і послідувочої клітинної гіпернатріємії настає набряк клітини і порушується проникність лізосомальної мембрани. Лізосомальні ферменти з активними лізуючими властивостями вивільняються у великій кількості, поступають у кровоток і викликають ушкодження практично усіх органів, в тому числі і серця.

Наростаюча киснева недостатність, неекономний режим функціонування серцево-судинної системи в поєднанні з токсичною дією лізосомальних і протеолітичних ферментів, ейкозаноїдів підривають механізми компенсації і визначають несприятливі для організму наслідки ГШ.

Класифікація геморагічного шоку

За класифікацією Чепкого Л.П. розрізняють 4 ступеня тяжкості ГШ.

Таблиця 1. Класифікація геморагічного шоку за ступенем тяжкості (Чепкий Л.П. та співавтор. 2003)

Ступінь тяжкості шоку	Стадія шоку	Об'єм крововтрати	
		% ОЦК	% маси тіла
1	Компенсований	15-20	0,8-1,2
2	Субкомпенсований	21-30	1,3-1,8
3	Декомпенсований	31-40	1,9-2,4
4	Необоротний	>40	>2,4

Клінічна картина

Клінічна картина ГШ в акушерській практиці окрім загальних закономірностей, притаманних даному виду шоку, має свої особливості, обумовлені патологією, яка викликала кровотечу.

ГШ при передлежанні плаценти характеризується різкою гіповолемією, пов'язаною з фоном, на якому вона розвивається: артеріальною гіпотензією, гіпохромною анемією, зниженням фізіологічного приросту ОЦК наприкінці вагітності. У 25% жінок формується ДВЗ-синдром з нерізкою тромбоцитопенією, гіпофібриногенемією, підвищенням фібринолітичної активності.

При ГШ, що розвинувся внаслідок гіпотонічної кровотечі в ранньому післяпологовому періоді, після короткочасного періоду нестійкої компенсації швидко наступає незворотній стан, що характеризується стійким порушенням гемодинаміки, дихальною недостатністю, ДВЗ-синдромом з профузною кровотечею, яка обумовлена виснаженням факторів згортання крові і різкою активацією фібринолізу.

Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти, як правило, розвивається на фоні тривалого перебігу прееклампсії, для якої характерні хронічний ДВЗ-синдром, гіповолемія, хронічний судинний спазм. ГШ при такій патології часто супроводжується анурією, набряком мозку, порушенням дихання, перебігає на фоні зниження фібринолізу.

При розриві матки для клінічної картини шоку характерні симптоми гіповолемії та недостатності зовнішнього дихання. ДВЗ-синдром розвивається нечасто.

Діагностика

ГШ зазвичай діагностується без значних зусиль, особливо при наявності значної кровотечі. Однак рання діагностика компенсованого шоку, при якій забезпечений успіх лікування, іноді має труднощі через недооцінку симптомів. Неможна оцінювати тяжкість шоку, базуючись лише на цифрах АТ або на кількості крововтрати.

Артеріальна гіпотензія вважається пізнім та ненадійним клінічним симптомом акушерського геморагічного шоку. Завдяки фізіологічній гіперволемічній аутогемодилюції АТ у вагітних може залишатися незмінним до тих пір, доки об'єм крововтрати не досягне 30%. Компенсація гіповолемії у вагітних проходить, насамперед, за рахунок активації симпатико-адреналової системи, що проявляється вазоспазмом та тахікардією. Рано приєднується олігоурія.

Про адекватність гемодинаміки слід робити висновки на основі аналізу комплексу досить простих симптомів і показників:

- характеристика кольору та температури шкірних покривів;
- оцінка пульсу;
- визначення АТ;
- визначення «шокового індексу Алговера»;
- погодинний діурез;
- визначення ЦВТ;
- показники гематокриту;
- характеристика КЛС.

Таблиця 2. Критерії тяжкості геморагічного шоку.

Показник		Ступінь шоку				
		0	1	2	3	4
Об'єм крововтрати	мл	<750	750-1000	1000-1500	1500-2500	>2500
	% маси тіла	<0,8	0,8-1,2	1,3-1,8	1,9-2,4	>2,4
	% ОЦК	<15	15-20	21-30	31-40	>40
Пультс, уд/хв		<100	100-110	110-120	120-140	>140 або <40*
Сис. АТ, мм.рт.ст.		N	90-100	70-90	50-70	<50**
Шоковий індекс		0,54-0,8	0,8-1	1-1,5	1,5-2	>2
ЦВТ, мм.вод.ст		60-80	40-60	30-40	0-30	<0
Тест «білої плями»		N (2с)	2-3 с	>3 с		
Гематокрит, л/л		0,38-0,42	0,3-0,38	0,25-0,3	0,2-0,25	<0,2
Частота дихання		14-20	20-25	25-30	30-40	>40
Швидкість діурезу (мл/год)		50	30-50	25-30	5-15	0-5
Психічний статус		Спокій	Незначне занепокоєння	Тривога, помітне занепокоєння	Занепокоєння, страх або сплутаність свідомості	Сплутаність свідомості або кома

Примітка * - на магістральних артеріях; ** - за методом Короткова може не визначатися

Труднощі визначення об'єму крововтрати в акушерстві обумовлені значним розведенням крові, що витікає амніотичною рідиною, а також приховуванням великої кількості крові у піхві або порожнині матки.

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = M \cdot 75 \cdot \text{ГТ}(\text{вих}) - \text{ГТ}(\text{ф}) / \text{ГТ}(\text{вих})$$

де: KB - крововтрата (мл); M - маса тіла вагітної (кг); ГТ (ф) - фактичний гематокрит хворої (л/л), ГТ (вих) – вихідний гематокрит хворої (л/л),

Інтенсивна терапія геморагічного шоку

Загальні принципи лікування гострої крововтрати:

1. Зупинка кровотечі консервативними або хірургічними методами в залежності від причини розвитку кровотечі (див. відповідні методичні розробки).
2. Відновлення ОЦК.
3. Забезпечення адекватного газообміну.
4. Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності.
5. Корекція метаболічних порушень.

Першочергові дії при виникненні геморагічного шоку:

1. Оцінюють життєво важливі функції (пульс, артеріальний тиск, частоту та характер дихання, психічний статус, діурез).
2. Повідомляють відповідального чергового лікаря акушера-гінеколога або заступника головного лікаря з лікувальної роботи про виникнення кровотечі та розвиток геморагічного шоку, мобілізують персонал.
3. Піднімають ноги або ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга) для підвищення венозного оберту до серця.

4. Повертають вагітну на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при блюванні та забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів.
5. Катетеризують одну-дві периферичні вени катетерами великого діаметра (№№ 14-16). За умови можливості доступу до кількох периферичних вен не слід поспішати з катетеризацією центральних вен, оскільки існує велика вірогідність виникнення ускладнень. За умови розвитку шоку 3-4 ступеню необхідна катетеризація трьох вен, при цьому одна з них повинна бути центральною. Перевагу при катетеризації вени слід надавати венесекції v. Brachialis або пункції та катетеризації за Сельдингером v. Jugularis interna.
6. Набирають 10 мл крові для визначення групової та резус належності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну та гематокриту, і виконують тест Лі-Уайта до початку інфузії розчинів.
7. Інгаляція 100% кисню зі швидкістю 6-8 л/хв. через носо-лицеву маску або носову канюлю.

Подальші дії для ліквідації геморагічного шоку:

1. Розпочинають струминну внутрішньовенну інфузію кристалоїдів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера, інші) та колоїдів (гелофузин, рефортан, гідроксиетильовані крохмалі). **Темп, об'єм та компоненти інфузійної терапії визначається ступенем шоку та величиною крововтрати** (див. таблицю № 3).

За умови розвитку шоку 2-3 ступеню, темп інфузії повинен дорівнювати 200 - 300 мл/хв.

Лікування геморагічного шоку є більш ефективним за умови, якщо інфузійна терапія розпочата якомога раніше, не пізніше 30 хв. від розвитку перших проявів шоку (А)

При крововтраті більше 2 - 2,5% від маси тіла до терапії бажано підключити штучний переносник кисню - перфторан у дозі 1,5-5 мл/кг.

Протипоказано застосування у програмі інфузійно-трансфузійної терапії розчинів глюкози. Не рекомендується застосування декстрану (реополіглюкіну), 5% розчину альбуміну.

За умови крововтрати не більше 20% ОЦК, можливе введення одних кристалоїдів (0,9% розчин хлориду натрію, розчин Рингера) в обсязі у 2 - 3 рази більше, ніж об'єм крововтрати.

Показання до гемотрасфузії визначають індивідуально у кожному окремому випадку, але слід орієнтуватися на показники вмісту гемоглобіну та гематокриту (Hb < 70 г/л; Ht < 0,25 л/л).

Переносниками кисню є еритроцити, тому краще переливати відмиті еритроцити або еритроцитарну масу.

Показання до переливання еритроцитарної маси.

- тільки при клінічних ознаках гіпоксії (зниження здатності крові переносити кисень);
- трансфузійний поріг повинен визначатися індивідуально для кожної пацієнтки;
- концентрація гемоглобіну <70г/л при тривалій крововтраті;
- при більш високих цифрах гемоглобіну, якщо має місце тахікардія, задишка, зниження кисневої насиченості крові;
- якщо крововтрата становить 1000 мл і продовжується, то еритроцитарна маса повинна бути легко доступною;
- переливання слід призначати лише в тих випадках, коли перевага для жінки більша за можливий ризик.

У шоківому стані жінці не дають рідину перорально.

Таблиця 3. Інфузійно-трансфузійна терапія при акушерських кровотечах.

Об'єм крововтрати			Загальний об'єм інфузії (у % до деф. ОЦК)	Інфузійно-трансфузійні засоби						
Деф. ОЦК у %	% маси тіла	Крововтрата в мл		Кристаліди (фіз. Розчин, роз. Рінгера, інші	колоїди				Еритроцитарна маса	Тромбоконцентрат**
					Рефортан, гел о-фузин*, та ін.	натуральні				
						Свіжоморожена плазма	Альбумін 10-20%			
10-20	1-1,5	500-1000	200-300 (до 2,5л)	10-15 мл/кг						
20-30	1,5-2	1000-1500	200 (до 3 л)	10 мл/кг	10 мл/кг	5-10 мл/кг		5мл/кг		
30-40	2-2,5	1500-2000	180 (до 4л)	7мл/кг	7мл/кг	10-15 мл/кг	200мл	10-20 мл/кг		
40-70	2,5-3,6	2500-3000	170 (до 5л)	7мл/кг	10-15 мл/кг	15-20 мл/кг	200мл	30 мл/кг		
понад 70	понад 3,6	понад 3000	150 (понад 6л)	до 10мл/кг	до 20 мл/кг	понад 20 мл/кг	понад 200 мл	понад 30 мл/кг	4-10 од	

Примітки

: * - модифікований рідкий желатин (гілофузин); не рекомендується використовувати у вагітних з прееклампсією, у цих випадках перевагу надають похідним гідроксиетилкрохмалю (рефортан, стабізол).

** - І одиниця тромбоконцентрату містить не менше $0,5 \times 10^{11}$ тромбоцитів. Одна терапевтична доза містить від 4 до 10 одиниць

2. Зупиняють кровотечу консервативними або хірургічними методами, в залежності від причини виникнення кровотечі (див. відповідні методичні рекомендації).

3. Зігрівають жінку, але не перегрівають її, оскільки при цьому поліпшується периферична мікроциркуляція, а це може спричинити зменшення кровопостачання у життєво важливих органах. Враховуючи великий обсяг розчинів, які вводяться, їх також підігрівають до 36°C.

4. Катетеризують сечовий міхур.

5. Продовжують інгаляцію 100% кисню зі швидкістю 6-8 л/хв, за необхідності - ШВЛ.

Показання до ШВЛ:

- гіпоксемія ($PaO_2 < 60$ мм рт.ст. при $FiO_2 > 0,5$);
- частота дихання більше 40 за хвилину;
- низьке інспіраторне зусилля (пацієнтка не здатна створити від'ємний тиск у дихальних шляхах більше 15 см вод. ст. при максимальному зусиллі);
- крововтрата 3% від маси тіла або більше 35 мл/кг.

Використовують ендотрахеальні трубки з манжетами великого об'єму та низького тиску.

ШВЛ за умови декомпенсованого шоку проводять під контролем газового складу крові.

Якщо податливість легень збережена - підвищують позитивний тиск у кінці видиху (ПТКВ).

Оцінюють адекватність серцевого викиду і рівень гемоглобіну. За необхідності коригують алкалоз та гіпофосфатемію, що усуває зміщення кривої дисоціації оксигемоглобіну.

Критерії припинення ШВЛ:

- стабілізація клінічного стану хворої;
- частота дихання менше 30 за хвилину;
- інспіраторне зусилля менше - 15 см вод.ст.;
- $PaO_2 / FiO_2 > 80$ мм рт.ст./0,4 при ПТКВ 7 см водн.ст.;
- можливість пацієнтки самостійно подвоїти об'єм повітря, що видихається протягом хвилини.

6. Лабораторне спостереження: загальний аналіз крові, підрахунок кількості тромбоцитів, час згортання крові, коагулограма, електролітний склад крові. За наявності - КОС та газів крові.

7. Моніторне спостереження: неінвазивне визначення АТ (за умови розвитку шоку 4 ст. та за наявності апаратури - інвазивне визначення АТ), ЧСС, пульсоксиметрія, ЕКГ, термометрія, контроль погодинного діурезу. За умови розвитку шоку 3 - 4 ст. на тлі проведення інфузійно-трансфузійної терапії - контроль ЦВТ кожні 30 - 45 хвилин.

8. У разі відсутності ознак зменшення серцево-судинної недостатності (збільшення АТ, зменшення тахікардії) проводять інотропну підтримку міокарду за допомогою вазопресорів (дофамін 5-20 мкг/кг/хв., добутамін 5-20 мкг/кг/хв).

9. При появі ознак коагулопатії проводять терапію ДВЗ-синдрому у залежності від стадії.

10. Корекція ацидозу гідрокарбонатом натрію за умови, що рН крові < 7,1.

Після виведення хворої з шокowego стану продовжують лікування у відділенні інтенсивної терапії.

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ

Дисеміноване внутрішньосудинне згортання (ДВЗ) крові - патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

- емболія навколоплідними водами;
- шок (геморагічний, анафілактичний, септичний);
- відшарування плаценти;
- прееклампсія тяжкого ступеня;
- еклампсія;
- сепсис;
- септичний аборт;
- синдром масивної гемотрасфузії;
- трансфузія несумісної крові;
- внутрішньоутробна смерть плода;
- позаматкова вагітність;
- кесарів розтин;
- екстрагенітальні захворювання вагітної (вади серця, злякисні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки).

Класифікація синдрому ДВЗ:

I. За клінічним перебігом:

- гострий;
- підгострий;
- хронічний.

II. За стадіями перебігу:

- I стадія – гіперкоагуляція;
- II стадія – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу (коагулопатія споживання);
- III стадія – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;
- IV стадія – повне незгортання крові.

Патогенез синдрому ДВЗ

З патогенетичної точки зору ДВЗ-синдром – це складний неспецифічний патологічний процес, обумовлений надходженням в кровоток активаторів згортання крові і агрегації тромбоцитів, збільшенням тромбіну, активацією та послідуєчим виснаженням плазменних ферментативних систем (згортальної, калікреїн-кінінової, фібринолітичної та ін.), утворенням в крові численних мікротромбів та агрегатів клітин, які блокують мікроциркуляцію, призводять до гіпоксії, ацидозу, тромбогеморагії, дистрофії та глибокої дисфункції органів, розвитку вторинних кровотеч.

Існує 2 варіанти активації згортувальних властивостей крові: зовнішній та внутрішній.

В акушерстві ДВЗ-синдром розвивається переважно за зовнішнім механізмом. При зовнішньому варіанті механізму згортання крові стимулюється надходження в кров активних тромбопластинів (тканинних тромбопластинів) з акушерськими тканинами (навколоплідні води, децидуальна оболонка),.

При потраплянні у кровоток жінки активні тромбопластини взаємодіють з протромбіном, перетворюючи його в тромбін. Тромбін є основним фактором згортання крові, який сприяє перетворенню фібриногена у фібрин. Фібринові емболи осідають на стінках судин мікроциркуляторного русла.

При внутрішньому варіанті механізму активації згортання крові реалізується без участі тканинних тромбопластинів. Основна роль у внутрішньому механізмі активації згортання крові належить XII фактору (контактний фактор). Він є активатором усіх плазменних систем згортання: згортувальної, калікреїн-кінінової, фібринолітичної, системи комплемента. Пусковим моментом при цьому механізмі відіграє пошкодження ендотелію судин, внаслідок чого тромбоцити вступають в контакт з субендотелієм, відбувається адгезії тромбоцитів - «прилипання» їх до стінки судин. Плазменними кофакторами адгезії є іони Са (IV фактор) і фактор Віллібранта (VIII). Паралельно з адгезією протікає агрегація тромбоцитів під впливом АДФ, катехоламінів, серотоніну, що виділяються з судинної стінки і адгезованих тромбоцитів. Внаслідок агрегації тромбоцитів утворюється велика кількість тромбоцитарних емболів, агрегатів клітин, які осідають на стінках судин, порушуючи мікроциркуляцію.

При обох варіантах створюється висока тромбінемія, активується згортання крові, накопичуються продукти її активації. На нейтралізацію продуктів активації згортання крові витрачається основний антикоагулянт – антитромбін III і протеїн С; їм належить основна роль у підтриманні рідкого стану крові. При тривалому надходженні в кровоток тромбопластину відбувається виснаження протизгортувальної системи, розвивається дефіцит антитромбіну III і наступає масивне використання факторів згортання – фібриногену.

Виснаженням антитромбіну III закінчується фаза гіперкоагуляції та наступає фаза коагулопатії споживання. Утворюється велика кількість мікротромбів, агрегатів клітин,

розвивається сладж-синдром, порушується транскапілярний обмін, настає гіпоксія у життєво важливих органах.

В результаті масивного споживання факторів згортання в умовах дефіциту антитромбіну III в процес включається фібринолітична система, розвивається гіпокоагуляція. Основним активатором фібринолітичної системи є плазміноген. При зовнішньому варіанті механізму згортання активація плазміногену здійснюється тканинним ендотеліальним плазміногеновим активатором (ТЕПА), при внутрішньому – комплексом XII фактора і частково протеїном С. В регуляції фібринолітичної активності приймає участь антиплазмін.

На початку фібриноліз носить захисний характер, сприяє лізису мікротромбів фібрину і відновлює прохідність судинного русла. Однак при тривалій дії активуючих гемостаз факторів фібриноліз набуває генералізованого характеру.

Активний антиплазмін викликає розщеплення фібриногену на дрібні фрагменти, в крові накопичується велика кількість токсичних продуктів деградації фібрину та фібриногену (ПДФФ). Частково вони інактивуються системою мононуклеарних фагоцитів, але при прогресуючому фібринолізі настає блокада останніх. Інша частина ПДФФ поєднується з молекулами фібрин-мономерів, утворюючи розчинний комплекс, який має антитромбінову дію. Внаслідок цього порушується послідовність полімеризації кров'яного згортка і кров втрачає здатність згортатися. Розвивається генералізована кровоточивість.

В результаті вищезазначених порушень в кінцевій фазі процесу може розвинути тяжкий геморагічний синдром, який найчастіше має характер "нестримної" кровоточивості.

Клініка

Клінічні прояви гострого ДВЗ-синдрому пов'язані з ішемічними та геморагічними ураженнями органів і тканин, що маніфестують:

- 1) крововиливами в шкіру, в слизові оболонки;
- 2) кровотечами з місць ін'єкцій, операційних ран, матки та ін.;
- 3) некрозами деяких ділянок шкіри та слизових оболонок;
- 4) проявами з боку ЦНС у вигляді ейфорії, дезорієнтації та порушення свідомості;
- 5) гострою нирковою, печінковою, легеневою, наднирничковою недостатністю.

ДВЗ-синдром перебігає у вигляді послідовних стадій, які змінюють одна одну.

I стадія — гіперкоагуляції. У залежності від клініки та тяжкості перебігу основного захворювання у цій стадії ДВЗ-синдрому можуть спостерігатися клінічні ознаки гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), починаючи від легких стадій і закінчуючи найтяжчими, при яких навіть застосуванням сучасних методів респіраторної підтримки не вдається забезпечити адекватний газообмін у легенях.

Наслідками гіперкоагуляції можуть бути:

- поява або прогресування фето-плацентарної недостатності;
- поглиблення тяжкості прееклампсії;
- зниження матково-плацентарного кровотоку, формування у плаценті зон інфаркту та підвищення вірогідності її відшарування;
- посилення анемії;
- розвиток дихальної недостатності за рахунок прогресування ГРДС;
- порушення гемодинаміки із розвитком симптомів централізації кровообігу;
- розвиток енцефалопатії.

Поява у крові активованих факторів тромбіну призводить до скорочення часу згортання (проба Лі-Уайта, визначення активованого часу згортання крові (АЧЗК), активованого часткового тромбінового часу (АЧТЧ), тромбінового часу (ТЧ),

активованого часу рекальцифікації (АЧР)). Виникнення кровотечі у цій стадії не пов'язане з порушеннями згортання крові.

II стадія - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу. У залежності від основної нозологічної форми захворювання клінічна картина, яка характерна для цієї стадії, може бути достатньо різноманітною.

Характерно: петехіальний тип кровоточивості, відстрочена за часом кровоточивість з місць ін'єкцій, післяопераційної рани та матки. Це обумовлено початковими розладами у системі гемокоагуляції.

У цій стадії кров згортається швидко, але згусток дуже крихкий за рахунок великої кількості у ньому продуктів деградації фібрину (ПДФ), які мають антикоагулянтні властивості.

III стадія - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу. У всіх хворих має місце петехіально-плямистий тип кровоточивості: екхімози, петехії на шкірі та слизових оболонках, кровотеча із місць ін'єкцій та утворення на їх місці гематом, тривала кровотеча із матки, післяопераційної рани, кровотеча в черевну порожнину та заочеревинний простір, що обумовлено порушеннями гемостазу. У результаті ішемії та порушення проникності капілярів стінок кишківника та шлунка розвивається шлунково-кишкова кровотеча. Кров, яка витікає, ще може утворювати згустки, але вони швидко лізуються. З'являються ознаки синдрому поліорганної недостатності. Розвивається тромбоцитопенія з тромбоцитопатією. Гіпокоагуляція виникає внаслідок блокування переходу фібриногену у фібрин великою кількістю продуктів деградації фібрину. Анемія пов'язана із внутрішньосудинним гемолізом.

IV стадія - повне незгортання крові. Стан хворих вкрай тяжкий або термінальний за рахунок синдрому поліорганної недостатності: артеріальна гіпотензія, яка погано піддається корекції, критичні розлади дихання та газообміну, порушення свідомості до коматозного стану, оліго- або анурія на фоні масивної кровотечі. Кровоточивість змішаного типу: профузна кровотеча із тканин, шлунково-кишкового тракту, трахеобронхіального дерева, макрогематурія.

Таблиця 4. Основні клініко-лабораторні ознаки ДВЗ –синдрому.

Стадії ДВЗ	Клінічні прояви	Характеристика змін коагуляційних властивостей крові
I – гіперкоагуляція	Гіперемія шкірних покривів із ціанозом, мармуровість малюнку, озноб, занепокоєння хворої	Активізація калекрійнікінової системи, гіперкоагуляція, внутрішньосудинна агрегація клітин крові
II – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Посилення кровотечі із статевих шляхів, з уражених поверхонь, петехіальні висипи на шкірі, носові кровотечі. Кров, що витікає, містить пухкі згортки, що швидко лізуються	Виснаження гемостатичного потенціалу, споживання VIII, V, XIII факторів, фібриногену, тромбоцитів, активація локального фібринолізу
III –гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована кровоточивість з місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах	Різде виснаження факторів згортання в результаті утворення великої кількості тромбіну. Надходження в кровоток активаторів плазміногену
IV – повне незгортання крові	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована	Гіпокоагуляція крайнього ступеня. Висока фібрино-

	кровоточивість з місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах	літична та антикоагуляційна активність
--	---	--

Діагностика ДВЗ-синдрому.

На перший план в діагностиці гострого синдрому ДВЗ крові виступають результати лабораторних досліджень системи гемостазу.

Час згортання крові за Лі-Уайтом. У конічну суху пробірку набирають 1 мл крові (краще, щоб вона витікала із голки самостійно) і визначають час згортання при температурі 37°C.

Активованій час згортання крові, (АЧЗК). У пробірку з 12-16 мг коаліну вносять 2 мл крові. Тест свідчить про гіпер- або гіпокоагуляційні зрушення (в нормі - 2-2,5 хв.) і застосовується для контролю проведення гепаринотерапії.

Активованій частковий тромбіновий час (АЧТЧ) – визначає дефіцит факторів внутрішнього механізму згортання, таких як XII, XI, IX, VIII, а також наявність у крові їх інгібітору (гепарину). У цих випадках спостерігається збільшення АЧТЧ. Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію.

Тромбіновий час (ТЧ) – характеризує швидкість переходу фібриногену у фібрин. Збільшення може бути обумовлене гіпо- та дисфібриногенемією, підвищеним вмістом у крові ПДФ або присутністю прямих антикоагулянтів.

Протромбіновий час (ПТЧ) визначає активність або дефіцит факторів протромбінового комплексу (V, VII, X, II) зовнішнього механізму коагуляції. Подовження протромбінового часу при нормальному ТЧ вказує на пригнічення зовнішнього механізму згортання крові, тобто дефіцит V та II факторів.

Вміст фібриногену в плазмі знижується при прогресуванні ДВЗ-синдрому, лікуванні фібринолітичними препаратами, або вродженій гіпо- та дисфібриногенемії.

Продукти дегградації фібрину (норма – 20 нг/л) зростають при прогресуванні внутрішньосудинного згортання і активації фібринолізу.

Кількість тромбоцитів зменшується при виснаженні тромбоцитарної ланки гемостазу і коагулопатії споживання.

Таблиця 5. Лабораторна діагностика.

Стадії ДВЗ	Основні лабораторні показники						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів 10 ⁹ /л	Протромбіновий час, с	Тромбіновий час, с	Фібриноген, г/л
I	<5	Немає	<30	175-425	<10	<24	>5
II	5-12	Немає	<30	100-150	12-15	>60	1,5-3,0
III	>12	Швидкий	60-80	50-100	15-18	>100	0,5-1,5
IV	>60	Згусток не утворюється	>80	<50	>18	>180	Не визначається (сліди)
Норма	6-9	немає	30-40	150-300	11-12	16-20	2,0-4,5

Лікування ДВЗ-синдрому

1. Лікування основного захворювання, яке спричинило розвиток ДВЗ-синдрому (хірургічне втручання, медикаментозна та інфузійна терапія).

2. Внутрішньовенне струминне введення 700 - 1000 мл підігрітої до 37° С свіжозамороженої плазми, яка містить антитромбін III. Якщо кровотеча не зупиняється — необхідно додаткове введення 1000 мл свіжозамороженої плазми. У наступну другу третю добу свіжозаморожену плазму використовують у дозі 400 - 600 мл/добу (С). За можливості - введення антитромбіну III у дозі 100 ОД/кг кожні 3 години (В).

3. Враховуючи швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції, відсутність можливості (у більшості випадків по причинах ургентної ситуації) чіткої лабораторної діагностики стадії ДВЗ-синдрому від рутинного застосування гепарину слід відмовитися (С).

4. Починаючи з II стадії показане введення інгібіторів протеолізу.

Контрикал (або інші препарати у еквівалентних дозах) вводять у залежності від стадії ДВЗ-синдрому (див. табл. 6) шляхом краплинної внутрішньовенної інфузії за 1-2 години (С).

Таблиця 6. Рекомендовані дози інгібіторів протеолізу в залежності від фази ДВЗ-синдрому.

Препарати	Фази ДВЗ			
	I	II	III	IV
Тразилол, ОД	-	50000 - 100000	100000 - 300000	300000 - 500000
Контрикал, ОД	-	20000-60000	60000 -100000	100000 - 300000
Гордокс, ОД	-	200000-600000	600000 - 1000000	1000000 - 4000000

5. Відновлення факторів згортання крові шляхом введення кріопреципітату плазми (200 ОД - II стадія, 400 ОД - III стадія, 600 ОД - IV стадія). За можливості, рекомендовано внутрішньовенне введення чоловічого рекомбінантного VIIa фактора (новосевен) - 60 - 90мкг/кг (1-2 дози).

6. Тромбоконцентрат використовують у разі зниження тромбоцитів менше $50 \cdot 10^9$ /л. Дозу тромбоконцентрату обирають у залежності від клінічної ситуації.

7. Місцева зупинка кровотечі із ранової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними методами та способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних засобів.

8. Лікування синдрому поліорганної недостатності.

9. У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі (Hb < 60 г/л; Ht < 0,25 л/л), тільки за життєвих показань у відповідності до рішенням консилиуму, згоди хворої або її родичів (за наявності умови) та у разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі і на станції (пункті) переливання крові, можливо введення теплої донорської крові у половинній дозі від обсягу крововтрати (С).

Профілактика геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому

- Адекватне, своєчасне лікування та профілактика станів, які спричинюють розвиток геморагічного шоку і ДВЗ - синдрому.
- Своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності — похідним гідроксиетилкрохмалю (С). Не застосовують реополіглюкин та 5% альбумін.
- Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат, епсилон-амінокапронова кислота та ін.) (С).
- Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкин, липіридамом, напівсинтетичні пеніциліни) (С).

- За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі строки. При продовженні кровотечі — перев'язка внутрішньої клубової артерії.

V. Етапи проведення заняття

А. *Підготовчий* – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

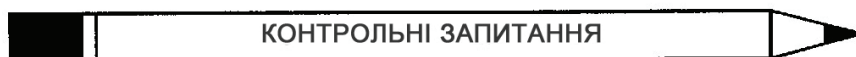
Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Якщо тематичних породіль немає, можна розібрати декілька історій пологів з акушерською кровотечею в третьому або післяпологовому періоді. Визначити ступінь крововтрати за даними гемодинаміки, представленими в історії пологів. Намітити план практичних заходів з профілактики або лікування геморагічних ускладнень.

В. *Заключний* – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: пологова зала, операційна, післяпологові палати, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі, історії пологів.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань.

1. Яке визначення поняття «геморагічний шок»?
2. Які фактори ризику розвитку геморагічного шоку?
3. Який патогенез геморагічного шоку?
4. Яка класифікація геморагічного шоку?
5. Яка клініка геморагічного шоку?
6. Які методи діагностики геморагічного шоку?
7. Які критерії ступеня важкості геморагічного шоку?
8. Які основні принципи лікування геморагічного шоку?
9. Які першочергові дії при лікуванні геморагічного шоку?
10. Які подальші дії при лікуванні геморагічного шоку?
11. Які методи інфузійно-трансфузійної терапії геморагічного шоку при акушерських кровотечах?
12. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
13. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
14. Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
15. Який патогенез ДВЗ- синдрому?
16. Яка клініка ДВЗ- синдрому?
17. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?

18. Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
19. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?
20. Які методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Оцінити фактори ризику розвитку геморагічного шоку (за даними історії пологів).
2. Оцінити фактори ризику ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).
3. Оцінити ступінь тяжкості геморагічного шоку (за даними історії пологів).
4. Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).
5. Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).
6. Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів).
7. Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів).
8. Оцінити коагулограму.
9. Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У пологове відділення машиною швидкої допомоги доставлена вагітна К. зі скаргами на рясні кров'янисті виділення із статевих органів. Об'єктивно: жінка у свідомості, шкіра бліда, $P_s - 110/хв.$, слабкого наповнення, $АТ - 100/60$ мм. рт. ст. Пологової діяльності немає. Положення плоду повздовжнє, передлежить голівка, високо над входом в малий таз. Встановлений діагноз: Вагітність IV, 36 тижнів. Головне передлежання. Передлежання плаценти, кровотеча.



Які методи треба застосувати для визначення ступеню геморагічного шоку?



Оцінити шоківий індекс, ЦВТ, гематокрит, ЧД, швидкість діурезу.

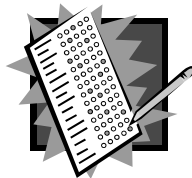
2. Під час операції кесаревого розтину розвинулась гіпотонічна кровотеча. Крововтрата 1500 мл. При зашиванні черевної стінки з'явилися крововиливи у місцях уколів голки. Запідозрено фазу гіпокоагуляції синдрому ДВЗ крові.



Які обстеження необхідно провести для встановлення діагнозу?



Оцінити час згортання крові за Лі- Уайтом, АЧТЧ, ПЧ, ТЧ, число тромбоцитів.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У породіллі О., 16 років, почалась гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Об'єм крововтрати 1,6% від маси тіла, пульс 115 уд./хв., АТ – 80/40 мм рт.ст., ЦВТ – 35 мм вод. ст.



Який діагноз?



- A. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок I ступеню.
- B. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок II ступеню*
- C. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок III ступеню.
- D. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Геморагічний шок IV ступеню.

2. Після кровотечі під час пологів породілля скаржить на слабкість, запаморочення, потемніння в очах, нудоту. Об'єктивно: АТ – 80/60 мм рт. ст., пульс – 110 /хв., гемоглобін – 74 г/л. Кровотеча припинилась. Встановлено діагноз – геморагічний шок, постгеморагічна анемія.



Яка тактика ведення?



- A. Введення свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси, кристалоїдів і колоїдів*
- B. Пряме переливання крові, інфузія реополіглюкіну, сухої плазми.
- C. Антианемічна терапія з використанням препаратів заліза, цианокобаламіну, діцинону.
- D. Інфузійна терапія розчинами кристалоїдів і колоїдів.

Тема 8. ЕМБОЛІЯ АМНІОТИЧНОЮ РІДИНОЮ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Емболія амніотичною рідиною (ЕАР) – потенційно летальне ускладнення вагітності. Летальність за цієї патології становить від 26,4 до 86% випадків і посідає п'яте місце серед причин материнської смертності (від 1,2 до 16,5%).

Дана патологія вимагає високої кваліфікації лікаря, якому доведеться надавати невідкладну допомогу. Своєчасна діагностика, профілактика і надання невідкладної допомоги дають змогу значно знизити частоту материнської смертності.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «емболія амніотична рідиною».
2. Етіологію та патогенез емболії амніотичною рідиною.
3. Принципи профілактики та фактори ризику ЕАР.
4. Клінічні прояви та діагностику ЕАР.
5. Невідкладну допомогу в разі ЕАР.
6. Методи лікування ЕАР

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Оцінювати фактори ризику ЕАР.
2. Діагностувати клінічні прояви ЕАР.
3. Проводити диференційний діагноз при різних критичних станах.
4. Призначити алгоритм невідкладної допомоги у разі ЕАР.

III. Базові знання

1. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
2. Методи дослідження судинно-тромбоцитарного і плазмового гемостазу.
3. Роль амніотичної рідини під час вагітності та в пологах.
4. Фізіологія системи гемостазу та її особливості за неускладненого перебігу вагітності.
5. Причини і фактори ризику емболічних ускладнень тромботичного і нетромботичного генезу.

IV. Зміст навчального матеріалу

Емболія амніотичною рідиною (ЕАР) – критичний стан, пов'язаний з потраплянням навколоплідної рідини та її елементів до кровотоку матері з подальшим розвитком синдрому шоку змішаного генезу з можливою зупинкою серцевої діяльності, гострої дихальної недостатності та гострого синдрому ДВЗ.

Етіологія

ЕАР виникає у випадку поєднання амніотичної порожнини з материнським кровообігом та перевагою тиску у порожнині амніону над тиском у міжворсинчастому просторі. За своїм біохімічним складом, особливо наприкінці вагітності, навколоплідні води значно відрізняються від плазми крові, тому у разі потрапляння до кровотоку матері навколоплідні води діють токсико-алергічно на материнський організм. Крім того води містять фібринолізин та тромбооксиназоподібні речовини, що спричиняють зміни згортальної системи, процесів фібринолізу та виникнення тромбів.

Шляхи проникнення навколоплідних вод до кровотоку матері:

- трансплацентарний – через дефекти плаценти у плацентарній ділянці (відшарування, передлежання та ручне відділення плаценти) або плідного міхура (передчасний або своєчасний розрив);
- трансцервікальний – через пошкоджені судини шийки матки;

- через судини будь-якої ділянки матки (трансмурально) – у разі пошкодження судин стінки матки під час кесарева розтину (до 60% випадків ЕАР), за різних ступенів розривів матки (до 60% випадків ЕАР) та ін.

Сприяють ЕАР фактори, які спричиняють підвищення або зниження тонуусу матки або викликають зіяння венонних судин матки.

I. Підвищення внутрішньоматкового тиску:

- швидка пологова діяльність;
- надмірна та безсистемна стимуляція пологової діяльності, особливо на фоні родового відходження навколоплідних вод;
- багатоводдя;
- великий плід;
- неправильне положення та вставлення голівки плода;
- грубі маніпуляції під час розродження;
- переривання вагітності у пізні терміни методом вливання розчинів за оболонки, оскільки різке підвищення маткового тиску у разі позаоболонкового введення розчинів, пошкодження оболонок біля краю плаценти, введення розчинів у міжворсинчастий простір створюють умови для потрапляння вод до венонної системи матки, що реалізує емболію та порушення коагуляційних властивостей крові.

II. Зниження скорочувальної діяльності матки:

- слабка або дискоординована пологова діяльність;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- передчасне відходження навколоплідних вод;
- передчасні пологи;
- переношена вагітність;
- пологи у жінок, що багато народжували;
- втома роділлі;
- дисгормональні стани;
- перенесені аборти в анамнезі;
- гіпертензія або гіпотензія під час вагітності;
- введення окситоцину з нерівними інтервалами або різка відміна його введення, що спричиняє релаксацію мускулатури матки та сприяє потраплянню навколоплідних вод до кровотоку матері.

III. Зіяння маткових судин:

- травми шийки матки ;
- відшарування та передлежання плаценти;
- ручне видалення посліду з порожнини матки;
- розрив матки;
- кесарів розтин.

До факторів ризику ЕАР слід також відносити гіповолемію, причинами якої можуть бути гестози, цукровий діабет, вади серця, призначення діуретиків для лікування набряків, необгрунтоване призначення судинних препаратів без корекції волемічних порушень.

Патогенез

Патогенез ЕАР остаточно не вивчений, але більшість дослідників розглядають його як патологічний процес, що розвивається як наслідок алергічної реакції материнського організму на антигени амніотичної рідини. Для механічної обструкції легеневих капілярів механічними домішками вод (лусочки, пушкове волосся, муцин та

ін.) легеням треба було б профільтрувати близько 7 літрів навколоплідних вод, оскільки 1 мл амніотичної рідини містить близько 500-600 клітин.

У випадку масивного потрапляння навколоплідних вод до материнського кровотоку в патогенезі цього тяжкого ускладнення виділяють дві фази.

Перша фаза характеризується розвитком шоку та легенево-серцевої недостатності. Потрапляння амніотичної рідини до судин легень спричиняє розвиток алергічної реакції з дегрануляцією тучних клітин та вивільненням великої кількості біологічно-активних речовин (простагландини, гістамін, серотонін, лейкотрієни, цитокіни), ендотеліну, тромбoplastину та тромбосиназоподібних речовин. У відповідь на «медіаторний вибух» виникає бронхоспазм, спазм судин легень, порушення мікроциркуляції, гіпоксемія та тканинна гіпоксія, місцеве тромбоутворенні – I фаза синдрому ДВЗ.

Крім того, виникає механічна блокада легневих судин зваженими у навколоплідних водах щільними органічними речовинами.

Сукупність механічних та спастичних процесів у судинах легень спричиняє різке зменшення повернення крові до лівого серця, розвиток лівошлуночкової недостатності, що сприяє розвитку колапсу. Розвиток набряку легень зумовлює підвищення тиску у легеневій артерії та правому шлуночку серця з наступним перевантаженням правого серця, шоку змішаного ґенезу. Крім того, навколоплідні води мають пряму токсичну дію на скоротливу здатність міокарду та спричиняють спазм коронарних судин (дія простагландину F_{2α} та E, тромбосану). Гостре порушення вентиляційно-перфузійних взаємовідносин зумовлює аноксемію, що ззовні проявляється ціанозом, судомами, втратою свідомості. Перша фаза проходить через 30 хвилин від початку гострого періоду.

Друга фаза починається зазвичай через 1 годину після емболії та характеризується прогресуванням синдрому ДВЗ та масивною кровотечею на фоні шоку та легенево-серцевої недостатності.

Розлади гемостазу починаються вже під час шоку більш ніж у 70% випадків, патогенез яких пов'язаний зі складом, ферментативною активністю амніотичної рідини та швидкістю її проникнення до материнського кровотоку. Під час ЕАР розвивається синдром ДВЗ, що характеризується зміною фаз: спочатку гіперкоагуляція – йде швидке використання факторів згортання на тромбоутворення. Відбувається швидке та поширене порушення мікроциркуляції у життєво важливих органах, що погіршує неадекватну капілярну перфузію, тканинну гіпоксію та стан шоку. Катастрофічне використання факторів згортання супроводжується відставанням їхнього синтезу та зумовлює різку гіпокоагуляцію.

Швидке виникнення стадії патологічного фібринолізу ДВЗ-синдрому зумовлене рефлексорним вивільненням активаторів плазміногену з судин, спричиняє лізис тромбів у судинах матки з розвитком кровотечі кров'ю, що не згортається. У свою чергу, сама амніотична рідина має велику антифібринолітичну дію. Під час ЕАР знижуються фактори I, II, V, VIII, розвивається виражена тромбоцитопенія, лейкопенія, з'являються патологічні антикоагулянти. Процес значно погіршується, якщо амніотична рідина, що потрапила до кровотоку матері, містить меконій. Таким чином, основну роль у патогенезі ЕАР відіграють тканинні фактори згортання крові, що потребує терапії та профілактики ДВЗ-синдрому у будь-якій його фазі.

У разі дрібного потрапляння амніотичної рідини та її елементів до материнського кровотоку під час перейм можливий атипичний «зтертий» перебіг ЕАР.

Клініка

Симптоми ЕАР виникають частіше у I або II періодах пологів, рідше у післяпологовому та ранньому післяпологовому періодах.

Як правило, на фоні сильних перейм та після вилиття вод роділля раптово починає скаржитись на озноб, підвищену пітливість та задуху.

Пацієнтка збуджена, її турбує кашель, блювання, судоми. Потім з'являються ціаноз, набряк шийних вен, біль за грудиною.

Дихання стає поверхневим та аритмічним, тахікардія (120-140 уд./хв.), пульс слабкий, різке падіння артеріального тиску, прояви задухи різко зростають, хвора різко збуджена, вкрита холодним потом.

Наростання гіпоксії головного мозку викликає судоми, втрату свідомості, кому.

Якщо перераховані вище симптоми виражені не різко або піддаються корекції, через 30 хвилин, а іноді через 8-9 годин виникає коагулопатична кровотеча, зумовлена коагулопатією та тромбоцитопенією використання. Одночасно часто виникає гіпотонія та атонія матки, що погіршує коагулопатичну кровотечу.

Смерть настає протягом декількох хвилин або 2-3 годин на фоні незворотніх змін, зумовлених комбінацією кардіогенного та геморагічного шоку.

Діагностика

Встановлення діагнозу можливе у разі врахування даних клінічних, лабораторних та додаткових методів дослідження.

Лабораторне обстеження встановлює ознаки гіпокоагуляції та підвищення ШОЕ.

Із додаткових методів дослідження доцільно використати електрокардіографію (синусова тахікардія, ознаки гіпоксії міокарда, гостре легеневе серце), рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини (картина інтерстиціального зливного пневмоніту - "метелик" з ущільненням малюнка у прикореневій зоні та просвітленням його по периферії).

Диференційний діагноз

Диференційну діагностику необхідно проводити з багатьма критичними станами, з якими досить часто доводиться зустрічатися акушеру-гінекологу:

- тромбоемболія легеневих артерій – раптовість, загальний ціаноз обличчя, головний біль, задуха, біль за грудиною, наявність анамнезу або факторів ризику тромбоемболії, на ЕКГ ознаки перевантаження правого серця;
- інфаркт міокарду – біль, не пов'язаний з диханням, який іррадіює в ліву руку, плече, ший, акроціаноз, порушення ритму, шок і зниження ЦВТ, зміни ЕКГ (відсутні у разі свіжого інфаркту);
- синдром Мендельсона – кислотно-аспіраційний гіперергічний пневмоніт. Виникає частіше на ввідному наркозі у разі невипорожненого шлунку;
- клінічного та лабораторного розмежування ЕАР потребує також з крововиливом у мозок, еклампсією, бронхіальною астмою, розривом матки, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, жировою емболією, набряком легень, частіше кардіогенної природи, з тяжкою пневмонією та спонтанним пневмотораксом.

Лікування

Невідкладна допомога

1. Перехід на ШВЛ з позитивним тиском у кінці видиху + 5 см вод ст. Показанням до інтубації є:
 - зниження життєвої ємкості легень (менше 15 мл/кг);
 - зниження сили вдиху (нижче 25 мм рт.ст.);
 - зниження парціального тиску кисню (менше 70 мм рт.ст.) під час дихання через маску киснем;
 - підвищення градієнта напруги кисню альвеола-артеріола (більше 350 мм рт.ст. під час дихання 100% киснем);
 - збільшення вентиляції мертвого простору.
2. Катетеризація 2-3 вен.

3. Катетеризація сечового міхура.
4. Виклик резервних донорів.
5. Розгортання операційної.

Моніторинг життєво важливих функцій: неінвазивний АТ через кожні 15 хв.; ЦВТ; пульс, ЧСС, ЧДР; пульсоксиметрія; шоківий індекс; погодинний діурез та загальний аналіз сечі; температура тіла; рентгенографія легень; загальний аналіз крові, Нt, тромбоцити; фібриноген, тромбоцити, коагулограма, час згортання крові, тромбоеластограма; об'єм циркулюючої крові (ОЦК) та хвилинний об'єм крові (ХОК); загальна периферична протидія; кислотно-основний стан крові; біохімія, електроліти крові.

Лікувальна тактика має складатися з заходів, спрямованих на:

- пригнічення реакцій, що викликали кардіопульмональний шок;
- лікування коагулопатії;
- профілактику та лікування поліорганної недостатності.

Підтримка життєво важливих функцій організму жінки, термінове розродження, зупинка кровотечі та посиндромна медикаментозна терапія складається з багатьох необхідних моментів:

1. ШВЛ не менше 3-4 годин.
2. Після проведення невідкладних заходів необхідно провести термінове розродження залежно від стану пологових шляхів.
3. За наявності профузної кровотечі – екстирпація матки, перев'язка внутрішніх клубових артерій.
4. Інфузійно-трансфузійна терапія (ІТТ) (див.розділ «Геморагічний шок. ДВЗ-синдром»).
5. Для підтримки серцевої діяльності – серцеві глікозиди.
6. Мембраностабілізатори (гідрокортизон –до 800-1000мг, аскорбінова кислота - 500 мг, троксевазин – 5мл та ін..).
7. Наркотичні анальгетики.
8. Бронхолітики (еуфілін – 2,4% - 10-20 мл; алупент, бриканіл – 0,5 мг);
9. Вазопресори при відсутності нормалізації АТ (допамин 5-10 мкг/кг/хв мікроструменево).
10. Активатори енергетичних процесів (актовегин – 40-50 мл внутришньовенно).
11. Профілактика і лікування синдрому ДВЗ (див. розділ «Геморагічний шок. ДВЗ-синдром»).
12. Дезагреганти (після зупинки кровотечі).
13. Стимуляція моторики ШКТ.
14. Корекція анемії.
15. Годування через зонд.
16. Антибактеріальна терапія.
17. Інгібітори синтезу тромбоксана (аспірин -200 мг на добу, компламін – 900 мг на добу).
18. Неспецифічна профілактика ТЕУ (рання лікувальна фізкультура, еластична компресія нижніх кінцівок).

Позитивні ефекти лікування.

До позитивних ефектів лікування слід відносити наступні показники:

- зупинка кровотечі;
- систолічний тиск не менше 100 мм рт.ст.;
- відсутність порушень ритму серця, ціанозу;
- стабілізація ОЦК (еритроцити не менше $2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін не менше 70 г/л, гематокрит не менше 25%);
- показники гемостазу: тромбоцити не менше $70 \times 10^9/\text{л}$, фібриноген не менше 1,5 г/л, час зсідання крові не більше 10 хвилин, тромбоеластограма – норма або гіперкоагуляція;
- діурез більше 30 мл/год.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* – мотивація теми, контроль початкового рівня базових та основних знань шляхом відповідей студентів на контрольні запитання.

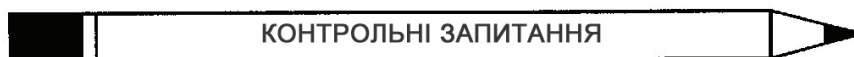
Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділі патології вагітності, пологовому залі та в операційній. Розібрати кілька історій пологів у вагітних з емболією амніотичною рідиною. Інтерпретація результатів лабораторних досліджень, виписування рецептів.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язання задач, усних виступів студентів про виконану роботу, зауваження по ходу заняття з оцінкою знань студентів, питання деонтології, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологовий блок, обсерваційне відділення.

Оснащення: таблиці, муляжі, історії пологів, слайди, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яке визначення поняття «емболія амніотичною рідиною»?
2. Яка етіологія емболії амніотичною рідиною?
3. Який патогенез емболії амніотичною рідиною (ЕАР)?
4. Які фактори ризику ЕАР?
5. Які клінічні прояви ЕАР?
6. Які методи діагностика ЕАР?
7. Яка диференційна діагностика за різних критичних станів?
8. Яка невідкладна допомога у разі ЕАР?
9. З чого складається моніторинг життєво важливих функцій при ЕАР?
10. Яка лікувальна тактика при ЕАР?
11. Які позитивні ефекти лікування при ЕАР?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Провести аналіз історії пологів у пацієнтки з емболією амніотичною рідиною .
2. Оцінити результати клініко-лабораторних методів дослідження.
3. Скласти план додаткового обстеження у разі підозри на ЕАР.
4. Скласти алгоритм невідкладної допомоги у випадку ЕАР.
5. Відібрати ліки для надання невідкладної допомоги пацієнтці з ЕАР та виписати рецепти.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля 30 років, поступила в пологовий будинок на четверті пологи в 38 тижнів вагітності. Через добу після госпіталізації у пацієнтки почали підтікати навколоплідні води, зеленуватого кольору, з'явилися поодинокі перейми, які через годину стали регулярними. Під час однієї з перейм роділля втрачає свідомість, пульс до 140 уд/хв., АТ 70/40 мм.рт.ст. Через 3 хвилини свідомість відновилась, але залишалась виражена загальмованість. У зв'язку з наростанням ознак дистресу плода і неготовністю пологових шляхів виконано терміновий кесарів розтин. Вилучений живий доношений хлопчик масою 4100гр, з оцінкою за Апгар 3-4б. У зв'язку з тривалою кровотечею кров'ю, що не згортається виконано надпівхову ампутацію матки. Під час операції двічі зупинка серця. Надання необхідних реанімаційних заходів. Після операції констатовано смерть жінки.



Яка можлива причина смерті пацієнтки?



Емболія амніотичною рідиною в I періоді пологів, коагулопатична кровотеча, ДВЗ-синдром.

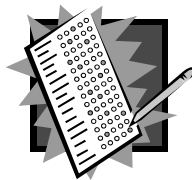
2. В патологоанатомічному відділенні проведено розтин породіллі С., 33 років, яка загинула через 1 годину після пологів. На секції: в порожнинах серця і великих судинах виявлено рідку кров, під плеврою, ендокардом, епікардом, в слизових оболонках шлунка, кишківника і лоханок нирок – численні плямуваті і крапкоподібні крововиливи. Проба на повітряну емболію негативна. Під час проведення гістологічного дослідження в капілярах і венулах легень – численні емболи, які складаються з фібрину й епітеліальних клітин епідермісу плода. Поодинокі фіброзні емболи були виявлені і в судинах нирок.



Яка можлива причина смерті породіллі?



Емболія амніотичною рідиною.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля О., 25 років, вагітність 39 тижнів, головне передлежання. Перейми інтенсивні, тривалість I періоду пологів 2 години. Під час однієї з перейм роділля втрачає свідомість, пульс до 140 уд/хв., АТ 70/40 мм.рт.ст. Через 3 хвилини свідомість відновилась, але залишалась виражена загальмованість. П період – 10 хвилин, Ш період- 5 хвилин, плацента без дефектів. В ранньому післяпологову періоді почалась гіпотонічна кровотеча. Кров, що виділяється з пологових шляхів, не згортається.



Яка найбільш ймовірна причина кровотечі?



- A. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Емболія амніотичною рідиною*
- B. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Травма пологових шляхів
- C. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- D. Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді. Розрив матки.

2. Роділля А., 28 років, вагітність 39 тижнів, головне передлежання. Перейми інтенсивні, тривалість I періоду пологів 2 години. Під час однієї з перейм роділля втрачає свідомість, пульс до 140 уд/хв., АТ 70/40 мм.рт.ст. Через 3 хвилини свідомість відновилась, але залишалась виражена загальмованість. П період – 10 хвилин, Ш період- 5 хвилин, плацента без дефектів. В ранньому післяпологову періоді почалась гіпотонічна і коагулопатична кровотеча. Запідозрена емболія амніотичною рідиною.



Яка з дій невідкладної допомоги є **помилковою**?



- A. Штучна вентиляція легенів
- B. Негайна інфузія консервованої крові*
- C. Розгортання операційної
- D. Катетеризація сечового міхура

Тема 9. АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ. ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЯ ПЛОДА

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Використання акушерських щипців є основною операцією розродження через природні пологові шляхи. Враховуючи, що ця тема тісно пов'язана з багатьма іншими (слабкістю пологової діяльності, гіпоксією плода, кровотечами, екстрагенітальною патологією при вагітності, пізніми гестозами вагітних та ін.), вивчення її необхідно для студентів, що оволодівають акушерством.

Вакуум-екстракція плода займає дещо менше місце серед рододопоміжних операцій, але в деяких ситуаціях має певне значення.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Будову щипців та вакуум-екстрактора.
2. Показання до операції накладання акушерських щипців та вакуум-екстракції.
3. Протипоказання до проведення згаданих операцій.
4. Умови для виконання цих операцій.
5. Методи знеболювання при даних операціях.
6. Правила накладання акушерських щипців та вакуум-екстрактора.
7. Техніка та етапи виконання операцій.
8. Ускладнення для матері та плода при даних операціях.

В результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції накладання акушерських щипців та вакуум-екстракції плода.
2. Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців.
3. Виконати на фантомі операцію порожнинних акушерських щипців.
4. Виконати на фантомі операцію вакуум-екстракції плода.

III. Базові знання

1. Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого.
2. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.
3. Поняття про сегменти голівки.
4. Визначення висоти стояння голівки.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

IV. Зміст навчального матеріалу

За наявності показань для екстреного розродження у ряді випадків методом вибору є інструментальне розродження (акушерські щипці або вакуум-екстракція), а не операція кесаревого розтину. При вирішенні питання про вибір методу екстреного розродження до уваги береться стан матері і плода, період родів, ступінь розкриття шийки матки, розташування передлежачої частини, положення і конфігурація головки плода, фізичний і моральний стан матері, можливість взаємодії з нею, досвід акушера, а також наявність необхідного устаткування.

Існує обмежена кількість абсолютних показань до інструментального розродження, і є значні регіональні і інтернаціональні відмінності в частоті інструментального розродження. Для зниження частоти інструментального розродження використовуються різні підходи, зокрема моральна підтримка супроводжуючої особи під час родів, активне ведення при вторинній слабкості пологової діяльності з використанням окситоцину, а також переважно вертикальне положення тіла роділлі в процесі родів. При застосуванні епідуральної анестезії

необхідно почекати, поки не закінчиться знеболюючий ефект. Вільніший підхід до тривалості другого періоду родів також може сприяти зниженню частоти інструментального розродження.

Існують певні розбіжності щодо вибору оптимального методу інструментального розродження. У США перевага віддається акушерським щипцям, хоча розширюються показання і до використання вакуум-екстрактора. У європейських країнах, навпаки, акушерські щипці використовуються значно рідше в порівнянні з вакуум-екстракцією.

Результат інструментального розродження цілком залежить від досвіду акушера, що проводить розродження. Неприятливий результат майже завжди пов'язаний з недостатнім знайомством оператора з основним інструментарієм або технікою його використання. При вторинній слабкості пологової діяльності, коли голівка дитини ще не досягла тазового дна, призначення окситоцину іноді є доцільнішим в порівнянні з дуже раннім інструментальним розродженням.

АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ

Акушерськими щипцями називається інструмент, призначений для витягання плоду за голівку. Операція накладення акушерських щипців є розроджуючою операцією, при якій плід штучно витягується через природні родові шляхи за допомогою спеціального інструменту.

Акушерські щипці були винайдені на початку XVII століття шотландським лікарем Чемберленом, який зберігав свій винахід в таємниці і воно не стало надбанням акушерської практики. Пріоритет у винаході акушерських щипців по праву належить французькому хірургу Пальфіну, який в 1723 р. опублікував своє повідомлення. Інструмент і його застосування швидко набули широкого поширення. У Росії щипці вперше були застосовані в 1765 р. в Москві професором Еразмусом. Надалі в розвиток теорії і практики операції накладення акушерських щипців великий внесок внесли вітчизняні акушери Н. М. Максимович-Амбодік, А. Я. Крассовський, І. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов.

У сучасному акушерстві, не дивлячись на нечасте застосування цієї операції, вона має важливе практичне значення, оскільки при деяких акушерських ситуаціях є операцією вибору. З початку впровадження щипців в акушерську практику зроблено незліченну кількість спроб їх удосконалення в цілях підвищення ефективності і безпеки їх застосування.

Будова акушерських щипців. Основна модель щипців, яка використовується в нашій країні, це щипці Сімпсона — Феноменова. Щипці складаються з двох гілок (або ложок) — правої і лівої. Кожна гілка складається з 3 частин: власне ложка, замкова частина і рукоятка. Власне ложка робиться вікончастою, а рукоятка — порожнистою, щоб зменшити масу щипців, яка складає близько 500 г. Загальна довжина інструменту 35 см, довжина рукоятки із замком — 15 см, ложки — 20 см. Ложка має так звані головну кривизну і тазову. Головна кривизна відтворює коло головки плоду, а тазова — крижову западину, відповідаючи до певної міри провідній осі тазу. У щипцях Сімпсона — Феноменова відстань між найбільш віддаленими точками головної кривизни ложок при замиканні щипців складає 8 см, верхівки щипців знаходяться на відстані 2,5 см. Існують моделі щипців тільки з однією, головною, кривизною (прямі щипці Лазаревича).

Замок служить для з'єднання гілок. Будова замків неоднакова в різних моделях щипців: замок може бути вільно рухомим, помірно рухомим, нерухомим і зовсім нерухомим. Замок в щипцях Сімпсона — Феноменова має просту будову: на лівій гілці є виїмка, в яку вставляється права гілка. Така будова замку забезпечує помірну рухливість гілок — ложки не розходяться догори і донизу, але мають рухливість в сторони. Між замком і рукояткою на зовнішній стороні щипців є бічні виступи, які називаються гачками Буша. Коли щипці складені, гачки Буша представляють надійну точку опори, що дозволяє розвивати велику силу при тракціях. Крім того, гачки Буша служать пізнавальним знаком правильності складання ложок щипців. При складанні

ложок гачки повинні симетрично лежати в одній площині. Рукоятки щипців прямолінійні, зовнішня їх поверхня ребриста, що попереджає сковзання рук хірурга. Внутрішня поверхня рукояток гладка, у зв'язку з чим при зімкнутих гілках вони щільно прилягають один до одного. Гілки щипців розрізняються за наступними ознаками: 1) на лівій гілці замок і пластинка замку знаходяться зверху, на правій — знизу; 2) гачок Буша і ребриста поверхня рукоятки (якщо щипці лежать на столі тазовою кривизною вгору) на лівій гілці обернені вліво, на правій — управо; 3) рукоятка лівої гілки (якщо щипці лежать на столі і рукоятками направлені до хірурга) звернена до лівої руки, а рукоятка правої гілки — до правої руки хірурга.

До інших найбільш відомих моделей щипців відносяться: 1) щипці Лазаревича (російська модель), що мають одну головну кривизну і ложки, що неперехрещуються; 2) щипці Левре (французька модель) — довгі щипці з двома кривизнами, рукоятками, що перехрещуються, і гвинтовим замком, який наглухо загвинчується; 3) німецькі щипці Негеле, що сполучають в собі основні якості моделей щипців Сімпсона — Феноменова (англійські шпилі) і Левре.

Показання для операції накладання акушерських щипців

I. Показання з боку матері:

A. Патологія вагітності та пологів.

1. Тяжкий ступінь прееклампсії або еклампсія.
2. Передчасне відшарування плаценти в другому періоді пологів, коли голівка перебуває в порожнині малого тазу.
3. Ендометрит під час пологів.
4. Слабкість пологової діяльності в другому періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

B. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення другого періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (пороки серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).
2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода:

- Гостра гіпоксія (дистрес) плода.

Умови для накладання щипців

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плода і тазу матері.
5. Голівка плоду повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Операція накладання акушерських щипців вимагає наявності всіх перерахованих умов. За відсутності хоч би однієї з цих умов операція протипоказана.

Протипоказання для накладання щипців

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г). Це пов'язано з розмірами щипців, які найбільш підходять для голівки доношеного плода середніх розмірів, застосування їх інакше стає травматичним для плода і для матері.
3. Аномалії розвитку плоду (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плоду.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика родова пухлина на голівці плоду.

Правила і техніка накладання акушерських щипців

Якщо голівка плоду знаходиться в площині виходу з малого тазу, накладають *вихідні акушерські щипці (типові)* в поперечному розмірі тазу, а якщо голівка ще знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу — накладають *порожнинні акушерські щипці (атипові)* в одному з косих розмірів тазу.

Операція екстракції акушерськими щипцями проводиться в такому порядку:

Підготовка до операції:

- 1) Катетеризація сечевого міхура;
- 2) дезинфекція зовнішніх статевих органів;
- 3) проведення наркозу;
- 4) перед операцією проводиться ретельне вагінальне дослідження з метою підтвердження наявності умов для накладення щипців: виявлення повного відкриття шийки матки, відсутності плодового міхура, рівня розташування голівки, визначення швів та тім'ячків. Залежно від положення голівки визначається, який варіант операції буде застосований: порожнинні акушерські щипці при голівці, що знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу, або вихідні акушерські шпилі, якщо головка опустилася на тазове дно, тобто у вихід з малого тазу.
- 5) розміщення щипців у складеному вигляді, визначення лівої та правої гілок.

Приступаючи до розродження за допомогою щипців, акушер повинен мати чітке уявлення про біомеханізм родів, якому доведеться штучно наслідувати. Необхідно орієнтуватися в тому, які моменти біомеханізму родів голівка вже встигла виконати і які їй належить зробити за допомогою щипців. Щипці є витягаючим плід інструментом, які замінюють бракуючу силу потуг. Застосування щипців з іншою метою (виправлення неправильного вставлення голівки, заднього виду потиличного вставлення, як виправляючого і ротаційного інструменту) давно виключене.

Наркоз при накладанні щипців необхідний. Наркоз потрібен не лише для знеболення цієї операції, що саме по собі дуже важливо, а й для розслаблення м'язів промежини, що необхідно при накладанні щипців. Під час виконання операції накладання порожнинних щипців проводиться знеболення за допомогою внутрішньовенного наркозу або перидуральної (спінальної) анестезії; при вихідних щипцях – можлива лише пудендальна анестезія.

У зв'язку з тим, що при витяганні голівки плода в щипцях зростає ризик розриву промежини, накладення акушерських щипців, як правило, поєднується з епізіотомією.

Виконання операції:

Операція накладення акушерських щипців складається з наступних моментів:

1. Введення і розміщення ложок щипців.
2. Замикання гілок щипців.
3. Пробна тракція.
4. Робочі тракції – екстракція плода;
5. Зняття щипців.
6. Народження плечиків.

Правила накладання акушерських щипців

При вивченні техніки операції треба керуватися потрійним правилом М.С. Малиновського.

Перше потрійне правило — "три ліворуч — три праворуч". Першою вводиться ліва ложка, лівою рукою в ліву половину таза. Другою вводиться права ложка, правою рукою в праву половину таза.

Друге потрійне правило — "три осі": при накладанні щипців повинні збігтися три осі — поздовжня вісь таза, голівки, щипців. Для цього введення щипців має бути спрямованим верхівками вгору, ложки повинні лягти на голівку біпаріетально, ведуча точка повинна перебувати в одній площині з замковою частиною щипців.

Третє потрійне правило — "три позиції — три тракції". I позиція — голівка плода при вході до малого таза малим або великим сегментом. Тракції спрямовані на носки сидячого акушера. Щипці, накладеш при такому положенні голівки, називаються *високими і в теперішній час не застосовуються*. II позиція — голівка в порожнині малого таза. Тракції спрямовані на коліна стоячого акушера. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються *порожнинними*. III позиція — голівка у виході з малого таза. Тракції спрямовані на себе, а після утворення точки фіксації — вгору. Щипці, накладені при такому розміщенні голівки, називаються *вихідними*.

Правила накладання вихідних щипців

Голівка плода знаходиться на тазовому дні. Стрілоподібний шов — у прямому розмірі. Щипці накладають в поперечному біпаріетальному розмірі голівки і в поперечному розмірі таза. Щипці лежать правильно щодо голівки плода і правильно щодо таза матері. Екстракція плода проводиться по горизонталі доти, поки потилиця не з'явиться під симфізом, а потім вгору, поступово наближаючись до вертикального напрямку.

Правила накладання порожнинних щипців

Голівка плода знаходиться в порожнині таза. Стрілоподібний шов — в одному з косих розмірів. Щипці накладають в поперечному (біпаріетальному) розмірі голівки плода, але в одному з косих розмірів таза: при першій позиції переднього виду — в лівому косому, при другій позиції переднього виду — в правому косому.

При першій позиції, передньому виді: стрілоподібний шов у правому косому розмірі, щипці накладають у правому косому розмірі. Ліва ложка, введена ззаду і зліва, там і лишається. Ввести праву ложку спереду неможливо, отже, її вводять ззаду й праворуч, а потім уже введenu праву ложку пересувають наперед, тобто змушують, як кажуть, "блукати". При другій позиції, передньому виді: стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, щипці накладають у правому косому. Ліва ложка повинна лежати спереду і зліва; через те що спереду вона не може бути введена, ми вводимо її ззаду і вліво і переміщаємо (змушуємо блукати) наперед. Права ложка, введена назад, там і залишається. Екстракція повинна бути спрямована на те, щоб не лише витягти голівку, а й повернути її потилицею під симфіз (при першій позиції — зліва направо, при другій — справа наліво).

Техніка накладання вихідних акушерських щипців при передньому виді потиличного вставлення голівки плода

I момент - введення ложок щипців. Акушер лівою рукою розводить статеву щілину жінки і чотири пальці правої напівруки вводить між голівкою і лівою половиною бічної стінки піхви, а великий палець залишається зовні і його відводять убік. Введення ложок щипців у вагіну краще всього проводити під час потуги. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої гілки як «перо» або як «смичок» скрипки. Рукоятку відхиляють паралельно до правої пахової складки породіллі, а кінець ложки своїм нижнім ребром кладуть на великий і середній пальці і притискають до вказівного пальця. При цьому кінець гілки щипців повинен бути обернутий у верхню частину піхви матері. Потім під силою власної ваги легкого і обережного руху лівої руки і підштовхування великого пальця правої руки ложку вводять в піхву так, щоб її нижнє ребро весь час просувалося у всередину, ковзаючи по штучній «рейці», яка утворена вказівним і середнім пальцями внутрішньої напівруки. Нижнє ребро верхівки ложки може також ковзати по «рейці», утвореній четвертим пальцем, торкаючись середнього і вказівного пальців. При введенні ложки щипців в піхві необхідно пам'ятати, що череп плоду є кулею, навколо однієї з його половин повинна обійти ліва ложка, що має для цього головну кривизну. З цього положення стає зрозумілим, що спочатку введення інструменту ложку слід штовхати так, щоб її кінець весь час відходив від голівки трохи більше у бік стінки тазу, а не у бік черепа плоду, щоб не пошкодити його дрібні частини (наприклад, не відірвати вуха). Тільки тоді, коли верхівка ложки пройде четверту частину кола головки (кулі), її кінець необхідно направити ближче до дротяної лінії тазу, чим до її стінки. Коли кінець ложки підніметься догори і досягне верхнього краю головки, рукоятку поволі і поступово опускають донизу - у напрямку до промежини і ближче до правого стегна матері.

При цьому введена в піхву частина ложки робить оборот біля головки по дузі приблизно в 45° , а навколо своєї подовжньої осі - на 90° . Внутрішня рука повинна допомагати цій зміні положення ложки і ретельно контролювати, щоб при цьому між голівкою і ложкою не потрапили, а потім не ущемилися м'які тканини матері. Таким чином, при введенні ложок щипців оператор дотримується *першого потрібного правила*: «лівою рукою беруть ліву гілку щипців і вводять її в ліву половину тазу жінки». Після введення і розміщення лівої ложки за кінцями пальців, тім'яними горбами і вухом плоду, акушер передає асистенту рукоятку лівої гілки щипців. Оператор правою рукою розводить статеву щілину, чотири пальці лівої напівруки вводить між голівкою і правою половиною піхви, дотримуючись *наступного потрібного правила*: «правою рукою бере праву гілку щипців і вводять її в праву половину тазу роділлі», аналогічно тому, як вводилася і розміщувалася ліва ложка. При вихідних щипцях введення і розміщення ложок вважається закінченим, якщо замок щипців знаходиться близько до зовнішніх статевих органів, рукоятки разом з гачком Буша опускаються до середньої лінії і займають горизонтальне положення.

II момент - замикання гілок щипців. Для замикання гілок щипців кожен рукоятку захоплюють однойменною рукою так, щоб великі пальці розміщувалися уздовж передньої її поверхні, а їх кінчики на гачках Буша, внутрішня поверхня долоні і чотири інші пальці охоплювали зовнішню і задню поверхні. Рукоятки піднімають догори, а у момент опускання донизу замикають шпилі, для чого наближають одну до іншої так, щоб звуження на правій ложці увійшло в замок лівої гілки. При замиканні гілок провідна точка голівки повинна знаходитися в площині замку щипців. Якщо провідна точка знаходитиметься вище або нижче за площину щипців, тоді ложки зісковзватимуть з голівки плоду. При правильно введених і розміщених ложках замок замикається повністю, рукоятки стають паралельно одна іншій, гачки Буша співпадають між собою. Неправильно накладені гілки вихідних щипців неможливо замкнути. Для того, щоб переконатися в правильному введенні ложок і замиканні гілок щипців, в піхву вводять пальці однієї з рук і перевіряють, чи не відбувся утиск ложками м'яких тканин роділлі.

III момент - пробна тракція. Цей момент проводять для того, щоб перевірити, чи не зісковзують ложки щипців з голівки плоду під час тракції. Для цього праву руку кладуть зверху на замок щипців так, щоб середній палець розміщувався між ложками, вказівний і безіменний лягли на гачки Буша і тримали рукоятку щільно зімкненою. Ліву руку кладуть зверху на тильну поверхню правої руки так, щоб великий палець охоплював її з одного боку, середній, безіменний і мізинець - з іншого боку, а витягнутий вказівний палець торкався голівки плоду. Як правило, пробна тракція проводиться в тому напрямі, в якому знаходяться рукоятки після замикання гілок щипців, притримуючись третього потрібного правила: «вісь щипців, вісь головки і вісь тазу повинні співпадати». При зісковзуванні щипців з голівки плоду вказівний палець лівої руки поступово або швидко віддаляється від черепа, відстань між замком щипців і голівкою збільшується, рукоятки починають розходитися. У таких випадках пробну тракцію необхідно припинити, зняти щипці і ввести ложки знову. Якщо ложки правильно введені і розміщені, а рукоятки замкнуті, то під час пробної тракції голівка просувається за щипцями і кінчик вказівного пальця лівої руки весь час торкається черепа плоду.

IV момент - робочі тракції. Після того, як акушер під час пробної тракції переконався в правильності накладення щипців, приступають до проведення робочих тракцій. Права рука продовжує утримувати щипці так, як це було під час пробної тракції. Посилення витягування голівки лівою рукою можливо в трьох положеннях:

- 1) ліва рука лягає зверху на праву так, як при пробній тракції (тільки згинається вказівний палець);
- 2) права рука накладається зверху на кінці рукоятки під лівою рукою;
- 3) права рука на замку і гачках Буша, ліва зверху на рукоятках.

Незалежно від того, яка рука захоплює рукоятки, основною витягуючою силою є другий, третій і четвертий пальці руки, розташованої на замку і гачках Буша.

Робочі тракції проводять згідно біомеханізму родів. Витягання голівки плоду починається із слабкої тракції, яка поступово посилюється, доводиться до максимуму і тримається протягом 20-30 секунд, після цього знову поступово слабшає (у сумі складає до 2-3 хвилин). Тракції повинні проводитися з паузами від 30 до 60 секунд. При проведенні пробної і робочих тракцій (особливо в кінці операції) необхідно, щоб «вісь щипців, вісь головки і вісь тазу співпадали», стрілоподібний шов знаходився посередині між ложками, провідна точка голівки (мале тім'ячко) повинно знаходитися в площині гілок і бути біля замків щипців. Тракції проводяться тільки в одному напрямі залежно від розміщення провідної точки і тенденції зміни її положення.

Після прорізування потилиці, якщо акушер вирішив виводити голівку в щипцях, оскільки мале тім'ячко знаходиться під нижнім краєм симфізу, то він встає збоку від роділлі, однією рукою (яка сильніше) захоплює щипці і проводить тракції рукояток догори, розгинаючи голівку, а інший - захищає промежину і дитину третім ручним прийомом акушерської допомоги. При загрозі розриву промежини необхідно провести термінову епізіотомію або зняття щипців.

V момент - зняття щипців. Деякі автори вважають, що виведення голівки в щипцях небезпечно не тільки для плоду, але і для матері, оскільки ложки додатково стискають череп, збільшують розмір голівки і частоту розривів промежини, тому радять під час прорізування потилиці проводити зняття ложок щипців. Цю маніпуляцію необхідно проводити поза потугою. Якщо в цей час виникає потуга, то оператор або асистент долонею руки утримує голівку в статевій щілині. Для зняття ложок щипців акушер захоплює рукоятки однойменними руками, розмикає щипці в замку, знімає і виводить їх в порядку, зворотному тому, в якому вони були накладені.

Техніка накладення порожнинних акушерських щипців при передньому виді, I позиції потиличного вставлення голівки плоду

Накладення порожнинних щипців - це акушерська операція витягання голівки плоду, що перебуває у вузькій частині своїм стрілоподібним швом в одному з косих розмірів малого тазу. Вони, як правило, використовуються при передньому виді потиличного передлежання для завершення внутрішнього повороту голівки і переведення стрілоподібного шва в прямий розмір площини виходу з малого тазу. Порожнинні акушерські щипці накладаються на голівку біпаріетально, перпендикулярно до стрілоподібного шва. Необхідно діагностувати, в якому - правому чи лівому - косому розмірі знаходиться стрілоподібний шов. Накладання порожнинних щипців проводиться за основними правилами накладання акушерських щипців.

Порожнинні акушерські щипці при високому стоянні голівки (у площині входу або широкої частини малого тазу) не застосовують, оскільки вони дуже часто приводять до травми як матері, так і плоду.

При передньому виді, I позиції потиличного вставлення плоду голівка перебуває у вузькій частині малого тазу, стрілоподібний шов - в правому косому розмірі, мале тім'ячко - спереду і зліва, а щипці накладаються в лівому косому розмірі.

I момент - введення і розміщення ложок щипців. Акушер лівою рукою розводить статеvu щілину жінки і чотири пальці правої напівруки вводить між голівкою і лівою половиною бічної стінки вагіни. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої «нерухомої» гілки щипців, вводить по правій напівруці в ліву половину тазу, дотримуючись задньої частини цієї половини. Ліва ложка після закінчення її введення відразу розміщується на бічній поверхні голівки, рукоятка цієї ложки стає криво, при цьому бічний відросток (гачок Буша) направлений вправо від роділлі і вгору, вперед. Рукоятку «нерухомої» гілки щипців передають асистенту. Потім приступають до введення правої ложки, яка для правильного обхватування голівки повинна лягти у верхній (передній) правій половині тазу. Проте в цій області просторові співвідношення такі, що ліва напіврука і права ложка не можуть відразу ж пройти і розміститися у вузькому просторі між голівкою і кістками тазу, не пошкодивши череп плоду, сечовий міхур або симфіз. Тому праву ложку називають «рухомою», «блукаючою», «мігруючою». Для введення «блукаючої» ложки чотири пальці лівої напівруки вводять в задню частину вагіни, і після цього звичайним способом вводять дану ложку. Для того, щоб вона розмістилася у верхній правій половині тазу і ідеально захопила тім'яні горби голівки, необхідно примусити її «блукати». Для цього трохи опускають рукоятку, регулюючи рух ложки великим пальцем лівої руки, вимушують верхній кінець ложки ковзати по опуклій поверхні голівки вгору у напрямі лоба. Всі рухи правої ложки відбуваються поступово, без якого-небудь зусилля. В кінці міграції рукоятка правої ложки виявляється біля замку щипців, а її бічний бушевський гачок - повернений назад і вліво. Тепер ложки розташовані одна напроти іншої в лівому косому розмірі вузької частини малого тазу.

II момент - замикання щипців відбувається таким же чином, як при вихідних щипцях. Після замикання ложки щипців лягають біпаріетально, одна проти іншої в лівому косому розмірі тазу, а лінія, що проходить через гачки Буша, буде в перпендикулярному напрямі до стрілоподібного шва голівки плоду.

III момент - пробна тракція і IV момент - робочі тракції проводяться аналогічно вихідним щипцям, принципово міняється тільки напрям витягання голівки - вниз і на себе. Під час тракцій голівка самостійно обертається проти годинникової стрілки на 45°, при цьому стрілоподібний шов з правого косого розміру переходить в прямий розмір площини виходу з малого тазу. Поворот голівки відбувається відповідно до біомеханізму родів сам по собі, акушеру ж під час тракцій залишається тільки не затримувати його і, тим самим, сприяти обертанню голівки. Окрім цього руху, голівка одночасно опускається донизу і доходить до тазового дна. Далі тракції виконуються, як при вихідних акушерських щипцях, тобто горизонтально на себе до утворення точки

фіксації між підпотиличною ямкою і нижнім краєм лобкового зчленування. Після цього проводиться витягування голівки вгору під кутом в 45° .

V момент — зняття щипців проводиться аналогічно, як при вихідних акушерських щипцях.

Техніка накладення порожнинних акушерських щипців при передньому виді, II позиції потиличного вставлення голівки плоду

При цьому виді і позиції потиличного передлежання голівка знаходиться у вузькій частині малого тазу, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко зверху (спереду) і справа, а щипці накладаються в правому косому розмірі. Ця операція, як і попередня, складається з 5 моментів.

I момент - введення і розміщення ложок щипців. Оператор лівою рукою бере рукоятку лівої «блукаючої» гілки щипців і під контролем правої напівруки вводить в ліву нижню половину тазу матері. Для того, щоб вона розмістилася у верхній лівій половині тазу матері, рукоятку опускають трохи донизу і великим пальцем правої руки «блукаючи» ложку направляють по опуклій поверхні голівки вгору у напрямі симфізу. Після введення і розміщення лівої ложки рукоятка стає криво, так, щоб гачок Буша був направлений вправо від роділлі і вгору (вперед). Акушер правою рукою бере рукоятку правої гілки щипців і під контролем лівої напівруки вводить в праву половину тазу матері. При цьому права «нерухома» ложка опиняється в замку щипців і її бічний відросток повертається криво назад і вліво.

II момент - замикання щипців проводиться аналогічно тому, як при першій позиції переднього виду потиличного вставлення плоду.

III момент - пробна тракція і IV момент - робочі тракції проводяться вниз і на себе, що викликає обертання голівки і щипців за годинниковою стрілкою на 45° . Внутрішній поворот голівки закінчується, коли вона опускається на тазове дно, а стрілоподібний шов стане в прямому розмірі площини виходу з малого тазу. Далі тракції виконуються як при вихідних акушерських щипцях - горизонтально на себе, до утворення точки фіксації «підпотилична ямка - нижній край лонного зчленування». Подальші тракції - на себе і вгору під кутом в 45° проводять як завжди.

V момент - зняття щипців виконується аналогічно, як при вихідних акушерських щипцях.

Труднощі при накладенні акушерських щипців і методи їх усунення

1. Неможливість ввести руку в піхву. Це ускладнення найчастіше пов'язане з напругою м'язів тазового дна і проходить після поглиблення стадії наркозу.
2. Неможливість ввести пальці руки достатньо глибоко у вагіну жінки. Ця трудність може бути обумовлена тим, що маса плоду перевищує 4000 г. У такому разі пальці руки потрібно вводити з боку крижового поглиблення і лише після цього піднімати до лона.
3. Неможливість ввести ложки достатньо глибоко. Це утруднення може виникати, коли ложка потрапила в складку вагіни, виступ сідничої кістки, екзостоз у області крижів або зведення. У таких випадках пальці руки, що знаходиться у вагіні, необхідно просунути далі, знайти перешкоду, обійти її і лише після цього просувати ложку під контролем пальців.
4. Утруднення замикання щипців. Це буває коли: 1) одна гілка щипців введена в піхву глибше за іншу - розташовану далі ложку необхідно потягнути назад, тоді гачки Буша будуть розташовані на одному рівні. Не допускається введення іншої гілки глибше без контролю пальців, оскільки це може привести до пошкодження стінок або склепінь піхви; 2) ложки перебувають в різних площинах - необхідно з'ясувати, яка гілка лежить правильно, ввести в протилежну частину піхви півруку і під її контролем змінити положення іншої ложки; 3) неправильне розміщення ложок щипців на голівці плоду - необхідно

їх зняти і знову правильно накласти.

5. Щипці замкнулися, проте рукоятки розходяться. Це буває:
 - 1) при масі плода більше 3800 г, щоб уникнути патологічного стиснення голівки ложками необхідно між рукоятками покласти серветку і пересувати їх до замку залежно від розмірів голівки;
 - 2) при розташуванні ложок на голівці не біпаріетально, а криво або в передньо-задньому розмірі, необхідно щипці розімкнути, витягнути спершу праву, а потім ліву гілки і під контролем рук знову ввести обидві ложки щипців; 3) ложки накладені недостатньо глибоко - необхідно зняти, знову ввести і розмістити гілки щипців на необхідну глибину.
6. Відсутність або утруднене просування голівки родовим каналом. Це буває коли:
 - 1) неправильний напрям тракцій - необхідно змінити напрям витягання голівки;
 - 2) гілки щипців введені в піхву таким чином, що верхівки ложок обернуті не догори, а до крижового поглиблення - необхідно їх зняти і знову правильно накласти;
 - 3) відсутність відповідності між розмірами голівки і тазу - щипці необхідно зняти і виконати інший спосіб розродження.
7. Зісковзування щипців з голівки буває:
 - а) горизонтальним;
 - б) вертикальним. Найчастіше зісковзування щипців з голівки обумовлене малими розмірами черепа плода, неправильним накладенням щипців або напрямом тракцій.

Можливі ускладнення при використанні акушерських щипців

1. Травмування м'яких тканин родових шляхів роділлі.
2. Крововилив у мозок новонародженого.
3. Асфіксія новонародженого.
4. Ушкодження кісток черепа, очей, нервів, ключиць новонародженого.

ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЯ ПЛОДА

Вакуум-екстракція плода - розроджуюча операція, при якій плід штучно витягують через природні родові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора. Принцип роботи апарата вакуум-екстрактора ґрунтується на створенні вакуумметричного тиску між внутрішньою поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка створює можливість робити тракції, потрібні для витягання плода.

Останнім часом розроблено багато варіантів м'яких чашок, які при їх накладанні повторюють контур голівки плода. Їх застосування рідше супроводжується травматизацією голівки плода в порівнянні з металевими чашками. Оскільки чашки м'які, при їх введенні маловірогідна травматизація м'яких тканин родових шляхів. Вважається за краще використовувати м'які чашки та сучасні апарати. Порівняння ефективності м'яких і металевих чашок для вакуум-екстракції показало, що при використанні м'яких чашок для розродження потрібний більше часу, але при цьому травматизація голівки дитини істотно менше в порівнянні із застосуванням металевих чашок.

Показання для використання вакуум-екстракції плода

- I. З боку матері – ускладнення вагітності, родів або соматична патологія, які вимагають скорочення другого періоду пологів:
 - слабкість пологової діяльності в другому періоді пологів;
 - інфекційно-септичні захворювання з порушенням загального стану жінки, високою температурою тіла;
- II. З боку плода: прогресуюча гостра гіпоксія (дистрес) плода в другому періоді пологів при неможливості виконати кесарів розтин.

Протипоказання для вакуум-екстракції плода

1. Невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері, зокрема: гідроцефалія; вузький таз II-IV ступеню або клінічно вузький таз.
2. Мертвий плід.
3. Лицеве або лобне вставлення голівки плоду.
4. Високе пряме стояння голівки.
5. Тазове передлежання плоду.
6. Неповне відкриття шийки матки.
7. Недоношений плід (менше 30 тижнів).
8. Акушерська або екстрагенітальна патологія, при якій необхідне виключення другого періоду пологів.

Умови для виконання вакуум-екстракції плода

1. Живий плід.
2. Повне відкриття шийки матки.
3. Відсутність плодового міхура.
4. Відповідність між розмірами голівки плоду і тазу матері.
5. Активна участь роділлі.
6. Голівка плода повинна бути розташована в порожнині малого тазу або в площині виходу з малого тазу.

Знеболення: пудендальна анестезія.

Методика

Перед операцією необхідно спорожнити сечовий міхур. Зовнішні статеві органи і вагіну обробляють антисептиками. Чашку вводять бічною поверхнею в прямому розмірі тазу, потім повертають в поперечний розмір і отвором притискують до голівки плоду, ближче до малого тім'ячка. Необхідно проконтролювати пальцями лівої руки правильність притиснення чашки до голівки (виключити можливість притискання стінок вагіни або шийки матки). Під час тракцій праву руку розташовують на шлангу біля самої чашки. Тракції здійснюють синхронно з потугами по осі, перпендикулярній до площини чашки. Поступово зменшують силу тяги і роблять паузу. Операція починається з пробною (легкої) тракції. Кількість тракцій не повинна перевищувати чотирьох. Напрямок тракцій: тракції повинні повторювати напрям осі тазу і залежати від висоти стояння голівки плоду: донизу, на себе і вгору. Під час прорізання голівки плоду виконується захист промежини (за показаннями — епізіотомія), після чого чашка знімається з голівки. Ризик травматизації голівки плоду безпосередньо залежить від кількості проведених тракцій. До травматизації тканин голівки плоду може призвести раптове від'єднання чашки.

Можливі ускладнення

1. Зісковзування чашки вакуум-екстрактора. При повторних зісковзуваннях тракції необхідно припинити і за наявності умов закінчити пологи операцією акушерських щипців.
2. Черепномозкова травма плода (крововилив), кефалогематома.

V. Основні етапи заняття

А. *Підготовчий* — мотивація теми, контроль початкового рівня знань за допомогою відповідей на контрольні запитання.

Б. *Основний* — самостійна робота студентів: визначення положення голівки при внутрішньому обстеженні на фантомі або при можливості в пологовому залі, виконання операції вихідних акушерських щипців на фантомі, порожнинних акушерських щипців на фантомі, операція вакуум-екстракції плода на фантомі, аналіз

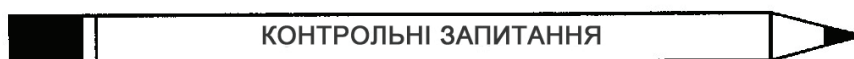
історії пологів, які закінчилися операцією акушерських щипців або вакуум-екстракцією (оцінка показань, умов).

В. *Заключний* — контроль засвоєного матеріалу шляхом розв'язування ситуаційних задач, усних виступів студентів з аналізом історій пологів. Підведення підсумків, оцінка роботи кожного студента, зауваження по ходу занять з оцінкою знань студентами питань деонтології.

VI. Методичне забезпечення

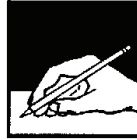
Місце проведення занять: навчальна кімната, пологовий зал.

Оснащення: лялька, таз, фантом, акушерські щипці, вакуум-екстрактор, таблиці, контрольні запитання, завдання для самостійної роботи, історії пологів, ситуаційні задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Які моделі акушерських щипців та їх будова?
2. Які показання до операції накладання акушерських щипців?
3. Які протипоказання до операції накладання акушерських щипців?
4. Які умови проведення операції накладання акушерських щипців?
5. Які етапи виконання операції накладання акушерських щипців?
6. Які три потрійних правила накладання акушерських щипців?
7. Яка техніка виконання вихідних акушерських щипців?
8. Яка техніка виконання порожнинних акушерських щипців?
9. Які ускладнення при операції накладання акушерських щипців?
10. Які методи знеболювання при накладанні акушерських щипців?
11. Яка будова вакуум-екстрактора?
12. Які показання до операції вакуум-екстракції плода?
13. Які протипоказання до операції вакуум-екстракції плода?
14. Які умови для операції вакуум-екстракції?
15. Яка техніка операції вакуум-екстракції плода?
16. Які методи знеболювання при операції вакуум-екстракції плода?
17. Які ускладнення при операції вакуум-екстракції плода?



Завдання для самостійної роботи студентів на основному етапі заняття

1. Визначити рівень стояння голівки на фантомі.
2. Визначити розміщення стрілоподібного шва на фантомі.
3. Визначити рівень стояння голівки і розміщення стрілоподібного шва у роділлі (по можливості).
4. Виконати на фантомі операцію накладання вихідних акушерських щипців.
6. Виконати на фантомі операцію накладання порожнинних акушерських щипців.
7. Виконати на фантомі операцію вакуум-екстракції плода.
8. Проаналізувати історію пологів, які закінчилися накладанням акушерських щипців або вакуум-екстракцією (показання, протипоказання, умови).



Типові ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плода 80 уд./хв, ритмічне. Потуги через 3-4 хвилини по 30 сек. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого таза. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона.



Поставте діагноз. Визначте тактику лікаря.



Головне передлежання. II період пологів. Гостра гіпоксія (дистрес) плода. Акушерські вихідні щипці.

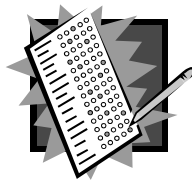
2. Впершенароджуюча, пологова діяльність триває 36 годин, безводний період 20 годин. Підвищилась температура до 38°C, з'явилися гнійні виділення з вагіни, морозить. Таз нормальних розмірів. Очікувана маса плода 3000 г. Голівка плода великим сегментом у вході до малого таза. Стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко праворуч від лона. Серцебиття плода 140 уд./хв. Розкриття шийки матки повне.



Поставте діагноз. Визначте тактику лікаря.



Головне передлежання. Слабкість пологової діяльності. Ендометрит в пологах. II період пологів. Вакуум-екстракція плода.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Породілля 25 років у родах протягом 16 годин. Потуги малоефективні, тривають 1,5 години. Голівка плода в порожнині малого таза. Серцебиття плода раптово стало глухим, аритмічним, 90 уд. у хв. При вагінальному дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка в порожнині малого таза.



Яка подальша акушерська тактика?



- A. Кесарів розтин
- B. Накладення акушерських щипців*
- C. Подальше консервативне ведення пологів
- D. Родостимуляція окситоцином

2. Повторні пологи в жінки 30 років. Тривалість родів 14 часів. Другий період пологів триває 2 години. Потуги через 4 хв., по 30 сек. Серцебиття плоду ритмічне 140 ударів/хвилину. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне, голівка плода великим сегментом в площині входу в малий таза. Сагітальний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко біля лона зліва.



Визначте подальшу тактику проведення пологів.



- A. Консервативне ведення пологів.
- B. Кесарів розтин.
- C. Вакуум-екстракція плода.*
- D. Використання порожнинних акушерських щипців.

Тема 10. ВИТЯГАННЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Мертвонародженість при тазових передлежаннях залишається високою і дотепер, тому правильно і вчасно виконана операція пологорозрішення через природні пологові шляхи методом витягання плода за тазовий кінець при наявності показань може сприяти зниженню перинатальної смертності.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь студент повинен знати:

1. Класифікацію операцій витягання плода за тазовий кінець;
2. Показання до операцій витягання плода за тазовий кінець;
3. Умови для проведення операцій витягання плода за тазовий кінець;
4. Техніку операції витягання плода за одну ніжку;
5. Техніку операції витягання плода за обидві ніжки;
6. Техніку операції витягання плода за паховий згин;
7. Ускладнення, що можуть виникати при витяганні плода за тазовий кінець.

В результаті проведеного заняття студент повинен вміти:

1. Визначити показання, протипоказання до операцій витягання плода за тазовий кінець;
2. Скласти план ведення пологів при тазових передлежаннях;
3. Визначити умови до операцій витягання плода за тазовий кінець;
4. Виконати на фантомі операцію витягання плода за одну ніжку;
5. Виконати на фантомі операцію витягання плода за обидві ніжки;
6. Виконати на фантомі операцію витягання плода за паховий згин;

III. Базові знання

1. Анатомічна будова жіночого тазу та голівки плода.
2. Положення, вид, позиція та передлежання плода.
3. Визначення передбачуваної маси плода.
4. Біомеханізм пологів при тазових передлежаннях плода.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Методи діагностики тазових передлежань плода

IV. Зміст навчального матеріалу

Витягання плода за тазовий кінець – це ургентна операція завдяки якій плід, що перебуває в одному з трьох варіантів тазового передлежання, витягується з пологових шляхів. Операція виконується тільки за показаннями.

Необхідно визначити різницю між ручною допомогою та витяганням плода за тазовий кінець, оскільки ручна допомога – не операція, вона є допомогою лікаря при самостійному народженні плода в тазовому передлежанні.

Є три види операцій витягання плода за тазовий кінець: витягання плода за одну ніжку, за обидві ніжки, за паховий згин. Показання і умови для всіх видів операції витягання плода за тазовий кінець є одними і тими самими.

Всі операції екстракції плода за тазовий кінець проводяться під загальним наркозом з попереднім довенним введенням спазмолітичних препаратів та в присутності неонатолога і анестезіолога.

Показання до операції

Показаннями для витягання плода за тазовий кінець є всі ті ускладнення, які вимагають термінового закінчення пологів:

1. Важка прееклампсія та еклампсія в пологах.

2. Важка екстрагенітальна патологія у матері (розлади дихання або серцевої діяльності при захворюваннях легень і серцево-судинної системи, захворювання інших органів у фазі субкомпенсації або декомпенсації)
3. Слабкість пологової діяльності.
4. Септичні ускладнення під час пологорозршення (ендометрит).
5. Дистрес плода.

Умови

1. Шийка матки повинна бути повністю відкрита.
2. Плодовий міхур відсутній.
3. Розміри голівки плода повинні відповідати розмірам тазу.
4. Живий плід.

Протипоказання

1. Маса плода 3700,0 і більше
2. Вузький таз
3. Відсутність хоча б однієї з умов

Операція витягання плода за ніжку

Проводиться при неповному ніжному передлежанні. Техніка операції складається з трьох етапів.

Перший етап – витягання плода до нижнього кута передньої лопатки. Його виконання складається з трьох послідовних моментів:

- 1) передня ніжка захоплюється всією рукою, причому великий палець розміщується паралельно довжині гомілки (за Феноменовим). Решта пальців охоплює гомілку спереду;
- 2) тракція донизу. Ніжку в міру витягання захоплюють якомога ближче до статевої щілини (її можна витягати і обома руками). З-під симфізу народжується ділянка переднього пахового згину та крило клубової кістки. Ця область фіксується під симфізом для того, щоб задня сідниця прорізалась над промежиною. Потім обома руками переднє стегно підіймається догори, задня сідниця народжується над промежиною, а задня ніжка випадає сама або її витягують;
- 3) після народження сідниць руки хірурга переносяться на плід так, щоб великі пальці розміщувались на крижах, а решта охоплювали стегна. Тракції виконують вниз і на себе. Тулуб народжується в косому розмірі, спинкою вперед до симфізу.

Руки акушера не можна розміщувати на животі плода, оскільки це загрожує пошкодженням органів його черевної порожнини. Тракціями на себе тулуб витягається до нижнього кута передньої лопатки. На цьому закінчується перший етап операції.

Другий етап – звільнення плечового поясу.

- 1) звільнення задньої ручки і плечика. Для цього плід захоплюють рукою за обидві гомілки, а тулуб підіймають догори і в сторону, паралельно паховому згину, протилежному стороні ручки, що звільняється. Після цього два пальці акушера (2-й та 3-й) вводять у піхву з боку крижової западини, куди повернута спинка плода і міститься плечико. Потім підводять два пальці до ліктьового згину і виводять ручку по обличчю „умивальним рухом”. Перед цим плід переводиться у серединне положення. Часто слідом за цим народжується переднє плечико і ручка. Якщо цього не відбувається, приступають до другого моменту;
- 2) звільнення передньої ручки і плечика. Для цього передню ручку плода переводять в задню. З цією метою лікар обома руками охоплює по боковій поверхні тулуб з ручкою, що народилась, і повертає у косий розмір, протилежний тому, в якому він перебував. При цьому необхідно, щоб спинка і

потилиця плода були повернуті вперед. Тепер плечико і ручка повернуті назад і їх звільняють тим самим прийомом, що й попередню ручку.

Третій етап - звільнення голівки.

Голівку виводять як при прийому Морісо-Левре. У піхву вводять ту руку, яка вивільняла другу ручку плода. При цьому плід ніби кладуть „верхи” на передпліччя цієї руки. Потім кінець вказівного пальця внутрішньої руки вводять в рот плода, сприяючи цим згинанню голівки. Вказівний та середній пальці зовнішньої руки згинають і вилоподібно розташовують з боків шиї так, щоб кінці пальців не натискували на ключиці та надключичні ямки. Далі зовнішньою рукою проводять тракції плода донизу. А коли ділянка підпотиличної ямки підійде під симфіз, піднімають тулуб плода догори, після чого над промежиною спочатку викочується рот, а далі – личко і вже потім вся голівка.

Під час операції витягання плода помічник обережно тисне через живіт на голівку, щоб зберегти правильне членорозміщення плода.

Операція витягання плода за обидві ніжки

Витягання плода за обидві ніжки використовується при повному ніжному передлежанні. Кожна ніжка захоплюється рукою так, щоб великі пальці лежали поздовж литкових м'язів, а інші охоплювали гомілки. В міру витягання плода обидві руки акушера поступово ковзають по ніжках вгору так, щоб весь час розміщувалися поблизу вульви.

Наступне витягання плода проводиться таким самим чином, як і при попередній операції. Слід звернути увагу на ті випадки, коли спинка плода обернена назад (задній вид). При наявності заднього виду акушер повинен повернути плід спинкою наперед.

Операція витягання плода за паховий згин

Вказівний палець однойменної руки вводиться у відповідний паховий згин. Великий палець накладається на крижі по всій їх довжині. При операції витягання плода за сідниці слід допомагати собі другою рукою, захоплюючи нею променевоzap'ясний суглоб робочої руки. Захопивши таким чином тазовий кінець плода тракції проводять донизу доти, поки народиться передня сідничка і клубова кістка підійде під нижній край симфізу.

Після того, як народиться передня сідниця і клубова кістка підійде під нижній край симфізу, тракції спрямовують вгору. При цьому відбувається бічне згинання тулуба і прорізується задня сідниця. Після цього у задній піхвовий згин вводять гачкоподібно зігнутий вказівний палець другої руки і витягають плід до нижнього кута передньої лопатки. Ніжки, як, правило, випадають самі.

Вивільнення ручок і голівки проводять так само, як при описаних операціях витягання плода за ніжки.

Операції витягання плода за тазовий кінець є технічно важкими і можуть супроводжуватися ускладненнями: травма пологових шляхів, травма плода, закидання ручок, утворення заднього виду.

V. Етапи проведення заняття

А. Підготовчий – мотивація теми, контроль початкового рівня знань шляхом усного опитування кожного студента, завдання для самостійної роботи.

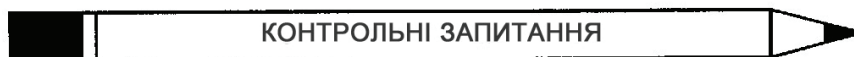
Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться в навчальній кімнаті. Опрацювання на фантомі моментів біомеханізму пологів при тазовому передлежанні, виконання операції витягання плода за ніжку, за обидві ніжки, за паховий згин. Після роботи на фантомі студенти з викладачем переходять в пологовий зал або у відділення патології вагітних (залежно від наявності відповідних роділь), проводять зовнішнє акушерське обстеження, складають план ведення вагітності і пологів у вагітних з тазовим передлежанням плода.

В. *Заключний* – контроль засвоєння матеріалу шляхом розв'язування ситуаційних задач, усні виступи студентів про зроблену роботу. В кінці заняття проводиться оцінка роботи кожного студента, узагальнення, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, палата патології вагітних, пологовий зал.

Оснащення: фантом, лялька, кістковий таз, стетоскоп, навчальні таблиці.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Яка різниця між ручною допомогою та операцією витягання плода за тазовий кінець?
2. Показання до операції витягання плода за тазовий кінець ?
3. Протипоказання до операції витягання плода за тазовий кінець ?
4. Умови для проведення операції витягання плода за тазовий кінець ?
5. Етапи операції витягання плода за тазовий кінець ?
6. Техніка виконання операції витягання плода за ніжку ?
7. Техніка виконання операції витягання плода за обидві ніжки ?
8. Техніка виконання операції витягання плода за паховий згин ?
9. Які ускладнення виникають при операції витягання плода за тазовий кінець ?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Зібрати анамнез і провести обстеження вагітної прийомами Леопольда при тазовому передлежанні, дати оцінку.
2. Провести диференційний діагноз у обстеженої вагітної між головним і тазовим передлежанням.
3. Визначити очікувану масу плода.
4. Вислухати серцебиття плода при тазовому передлежанні.
5. Продемонструвати на фантомі біомеханізм пологів при тазовому передлежанні плода.
6. Виконати на фантомі операцію витягання плода за ніжку.
7. Виконати на фантомі операцію витягання плода за обидві ніжки.
8. Виконати на фантомі операцію витягання плода за паховий згин.

9. Скласти план ведення пологів при тазових передлежаннях залежно від виду тазового передлежання та від маси плода (за даними історії пологів).



Типові ситуаційні задачі для перевірки кінцевого рівня знань

1. У роділлі К., 20 років розміри тазу 25-28-31-20, другий період пологів триває 1 годину. Сідниці виповнюють крижову западину. Серцебиття плода 90 уд/хв, аритмічне.



Поставте діагноз, визначте тактику лікаря.



Неповне (чисто) сідничне передлежання, II період пологів, дистрес плода. Витягання плода за паховий згін.

2. Повторнонароджуюча, пологова діяльність триває 12 годин, неповне ніжне передлежання. Ніжка народилась до підколінної ямки. Розкриття шийки матки повне. Серцебиття плода до 180 уд/хв., глухе.



Поставте діагноз, визначте тактику лікаря.



Неповне ніжне передлежання, II період пологів, дистрес плода. Витягання плода за ніжку.

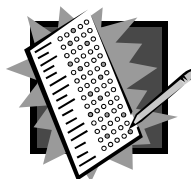
3. Роділля А., 26 років з повним (змішаним) сідничним передлежанням плода, II період пологів триває годину. Розміри тазу нормальні, очікувана маса плода 3000,0 г. Виділення гнійні, температура тіла 39, 8⁰, потуги неефективні.



Який діагноз? Як вести пологи далі?



II період пологів, змішане сідничне передлежання плода, Слабкість пологової діяльності, ендометрит в пологах. Витягання плода за ніжку.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля В., 28 років з повним (змішаним) сідничним передлежанням плода, II період пологів триває годину. Розміри тазу нормальні, очікувана маса плода 3000,0 г. Виділення гнійні, температура тіла 39, 8⁰, потуги неефективні. Показане оперативне розродження.



Який метод операції доцільно обрати?



- A. Витягання плода за ніжку*
 B. Витягання плода за паховий згін.
 C. Витягання плода за ніжки
 D. Кесарів розтин.

2. Роділля С. 25 років. П період пологів, неповне (чисто) сідничне передлежання плода. Очікувана маса плода 4000,0 г. Серцебиття плода 100 уд/хв., аритмічне. Потуги слабкі, неефективні.



Які протипоказання для витягання плода за паховий згин?



- A. Великий плід*
- B. Слабкість пологової діяльності.
- C. Неповне відкриття шийки матки
- D. Дистрес плода

Тема 11. ПЛОДУРУЙНІВНІ ОПЕРАЦІЇ (ЕМБРІОТОМІЇ)

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Плодоруїнівні операції (embriotomia) застосовують з метою зменшення об'єму мертвого плода, що дає можливість його витягти через природні пологові шляхи з мінімальними травмами для матері.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати :

1. Основні види операцій та інструменти для їх виконання.
2. Показання до плодоруїнівних операцій.
3. Умови виконання плодоруїнівних операцій.
4. Можливі ускладнення при виконанні плодоруїнівних операцій, їх профілактику, лікування, перебіг післяопераційного періоду.

У результаті проведення занять студент повинен уміти:

1. За даними скарг, анамнезу і об'єктивного акушерського обстеження встановити наявність загибелі плода.
2. Підібрати набори інструментів для виконання різних видів плодоруїнівних операцій.
3. На фантомі імітувати техніку проведення плодоруїнівних операцій.
4. Визначити заходи щодо профілактики і лікування ускладнень, пов'язаних з проведенням плодоруївної операції.

III. Базові знання

1. Анатомія кісткового таза.
2. Анатомія внутрішніх статевих органів.
3. Правила асептики і антисептики.
4. Збирання акушерського анамнезу, основні і додаткові методи обстеження в акушерстві.

IV. Зміст навчального матеріалу

Плодоруїнівні операції поділяються на три групи:

- операції, які зменшують об'єм плода за рахунок зменшення об'ємних частин: краніотомія, евентерація;
- операції розчленування плода на частини і витягання плода по частинах: декапітація, спондилотомія, екзартикуляція;
- операції, які зменшують об'єм тіла за рахунок максимального збільшення рухомості між окремими частинами тіла плода: клейдотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок.

Краніотомія, декапітація і клейдотомія належить до типових ембріотомій; спонділотомія та евісцерація або евентерація – до атипичних ембріотомій.

Краніотомія

Краніотомія – це операція, при якій зменшується об'єм черепа плода.

В поняття краніотомії входять такі послідові втручання:

- перфорація голівки (perforatio capitis);
- ексцеребрація голівки (excerebratio capitis) – руйнування мозку і видалення;
- краніоклазія (cranioclasia) - стиснення перфорованої голівки з наступним виведенням родовими шляхами.

Показання: всі випадки загибелі плода, очікуваною масою понад 2500,0, з метою уникнення травм пологового каналу.

Умови для краніотомії

- відсутність абсолютно вузького таза (с. vera > 6 см);
- розкриття шийки матки при перфорації та ексцеребрації голівки повинна бути > 6 см , а при краніоклазії - повне;
- голівка плода повинна бути фіксована помічником при всіх трьох моментах операції краніотомії;
- краніотомію проводять під наркозом, це забезпечує знеболюючий ефект, захищає психіку роділлі, полегшує фіксацію голівки плода помічником через черевні покрови;
- операція повинна виконуватись під контролем зору, навіть в тих випадках, коли голівка плода щільно фіксована в порожнині таза при повному відкритті шийки матки.

Для виконання операції краніотомії необхідні наступні спеціальні інструменти:

- перфоратор (прободник) Феноменова, або перфоратор Бло, або ножиціподібний перфоратор Смеллі;
- ложка-катетер (ексцеребратор Агафонова), або велика тупа ложка, або тупа кюретка;
- краніокласт Брауна;
- вагінальні дзеркала та підйомники;
- двозубці чи кульові щипці;
- скальпель;
- ножиці Феноменова або Зібольда.

Техніка

Перфорація голівки

З допомогою широких плоских вагінальних дзеркал відкривають доступ до шийки матки та нижнього полюсу голівки плода. При нестійкому положенні голівки плода помічник виконує фіксацію голівки. Щоб гарантувати кращу фіксацію, на шкіряні покрови голівки (бажано в центрі) накладають дві пари потужних щипців двозубців (можуть бути кульові щипці), після чого скальпелем (ножицями) розтинають шкіру до кісток протягом 2-3 см, бажано перпендикулярно до сагітального шва. Потім, пальцем через отвір відшаровують покрови від кісток. Перфоратор по відношенню до оголеної кістки підводять перпендикулярно (вертикально), але не косо; так як в протилежному випадку може бути зісковзування та травма родових шляхів. Перфоратором Бло легко перфоруєть шви та тім'ячко та значно трудніше кістки черепа. Просвердлювання кісток виробляють помалу, поки широка частина спинки перфоратора не порівняється з перфораційним отвором. Після цього рукоятки перфоратора зближують, в даному разі пластинки списоподібного кінця інструмента розширюють і в краях отвору утворюють додаткові насічки.

Тільки після цього в перфораційний отвір вводять списоподібний кінець перфоратора з розсунутими пластинками і енергійно повертають то в одну, то в другу сторони (приблизно на 90°), домагаючись розширення перфораційного отвору в черепі до 3-4см в діаметрі.

Перфоратор Н.Н. Феноменова нагадує бурав. На одному кінці інструмента рукоятка має перекладину, а на іншому буравоподібний конусоподібний наконечник. Перфоратор Н.Н. Феноменова має запобіжник у вигляді гільзи, яка надягається на перфоратор.

Краї перфораційного отвору, одержувані при перфорації перфоратором Бло бувають гострими і можуть нанести травму родовим шляхам. Краї вільного отвору, при перфорації перфоратором Феноменова мають рівну поверхню і безпечні.

Вибір місця на голівці плода, яке підлягає перфорації, залежить від умов та характеру передлеглої частини (обирають ділянку голівки, яка розташовується по

провідній осі таза). При синклітичному вставленні голівки, при потиличному передлежанні доступний перфорації сагітальний шов чи мале тім'ячко. При асинклітичному вставленні утворюють отвір через кістку. При передньоголовному передлежанні місцем перфорації є велике тім'ячко; при лобному передлежанні – лобна кістка або лобний шов; при лицьовому передлежанні – очний отвір або тверде піднебіння.

Ексцеребрація

В перфораційний отвір вводять велику тупу ложку (ложка Феноменова) або велику кюретку, якою руйнують та видаляють мозок.

Краніоклазія

Краніоклазія – це операція, при якій зменшену перфоровану голівку плода витягують за допомогою краніокласта.

Після краніотомії і ексцеребрації можливо дати вигнанню плода природну течію, особливо якщо перфорація і ексцеребрація проходили при відсутності повного розкриття шийки матки. Якщо є показання до негайного закінчення пологів, то після дачі наркозу виконують краніоклазію. Для цього використовують краніокласт Брауна.

Краніокласт сконструйований на зразок щипців і складається з двох перехресних гілок: одна – зовнішня, а друга – внутрішня. Подібно акушерським щипцям, краніокласт складається з гілок, замка, рукоятки з прилаштованим гвинто-гаєчним пристроєм. Ложки краніокласта мають тазову кривизну. Внутрішня ложка – масивна, з поперечними борозенками. Зовнішня ложка – вікончаста, вона ширша за внутрішню ложку.

В перфораційний отвір під контролем пальців лівої руки першою завжди вводять внутрішню ложку. Якщо голівка була перфорована в зоні тім'ячка, то ложку вводять під контролем зору як можливо глибше, до основи черепа. Після цього рукоятку введеної ложки передають помічнику. Зовнішню ложку вводять також під контролем лівої руки (щоб не травмувати стінки піхви) і накладають на зовнішню поверхню черепа з таким розрахунком, щоб вона відповідала положенню внутрішньої гілки. При накладанні зовнішньої гілки додержуються великої обережності і слідкують за її напрямом, щоб не зробити помилку і не захопити край шийки матки. Переконавшись в правильному накладанні гілок краніокласта, накладають гвинто-гаєчний набір і шляхом загвинчування його змикають. Обставини змушують накладати краніокласт на ту частину черепа, яка найбільш досягається, але якщо з'являється можливість вибору, то краще усього краніокласт накладають на лицьову або потиличну частину черепа.

До того, як розпочати тракції, акушер ще раз перевіряє правильність накладання гілок краніокласта. Вже перша, пробна тракція звичайно показує, наскільки вірно накладений краніокласт, чи має місце податливість голівки. Направлення і характер тракцій повинен бути таким, як при акушерських щипцях: при високому стоянні голівки – донизу, при голівці на тазовому дні – горизонтально; при появі підпотиличної ямки – догори. Ложки краніокласта знімають, як тільки голівку виводять із статевої щілини.

Замість краніокласта часто застосовують декілька міцних двозубих щипців, які накладають на край перфораційного отвору. Така маніпуляція більш доцільна при невеликій голівці плода.

Перфорація наступної голівки при тазовому передлежанні плода

При тазовому передлежанні плода перфорацію наступної голівки проводять в місці переходу потилиці в шийку, ближче до великої потиличної ямки або через великий потиличний отвір. Наступні етапи операції подібні до таких, що при головному передлежанні. Перфоровану і зменшену голівку дістають простим натискуванням на голівку згори, рідко за допомогою краніокласта.

Декапітація

Декапітація /Dekapitatio/ – обезголовлення плода.

Показання: запущене поперечне положення мертвого плода.

Умови

- повне відкриття маткового вічка;
- доступність шиї плода для обстеження та маніпуляцій;
- достатні розміри тазу (с. veга > 6 см).

Інструментарій: гачок Брауна і ножиці Зібольда.

Техніка операції

Якщо випала ручка плода, то на неї надягають петлю й передають помічникові, який відтягує її вниз і в бік тазового кінця плода. Потім вводять руку в піхву і далі в матку, а також, коли ручка не випала, відшуковують шийку плода і захоплюють її, встановивши перший палець спереду, а інші чотири на шийку ззаду. Ковзаючи по руці, в матку вводять декапітаційний гачок (гудзиком вниз) і насаджують його на шию плода. Після цього рукоятку гачка Брауна сильно відтягують униз і роблять обертові рухи. При переломі хребта чути характерний хруст. Видаливши гачок, під контролем внутрішньої руки ножицями перерізають м'які тканини шиї плода.

Обезголовивши плід, тулуб дістають, потягуючи за ручку. Проте, іноді під час виведення плічок виникають утруднення. У таких випадках розтинають ключицю (проводять клейдотомію). Голівку з порожнини матки дістають рукою. Для зручності й надійності в рот плода вводять палець внутрішньої руки. Якщо спроби дістати голівку виявляться невдалими, роблять краніотомію, потім ексцеребрацію і голівку дістають інструментом (найкраще двозубими щипцями).

Розтин ключиці

Клейдотомія (Cleidotomia) виконується для зменшення об'єму плечового поясу шляхом розсічення ключиць.

Показання: труднощі при виведенні плечиків плода.

Окружність плечового пояса при односторонній клейдотомії зменшується до 2,5-3 см, при двосторонній - на 5-6 см.

Помічник відтягає народжену голівку плода донизу. Оператор вводить чотири пальці лівої руки до піхви і намагає передню ключицю, правою рукою бере міцні тупокінцеві ножиці (ножиці Феноменова або Зібольда), досягає ними ключиці і одним або двома ударами розтинає ключицю.

Для розтину другої ключиці оператор досягає пальцями лівої руки задню ключицю, котру розтинає таким же способом. Операцію роблять частіш після краніотомії.

Евентрація та спонділотомія

Спонділотомія – розтин хребта.

Евентрація – видалення внутрішніх органів черевної чи грудної порожнини.

Показання. Далеко не завжди при запущеному поперечному положенні плода досягають шию плода; вона може бути розташована дуже високо, так що декапітація неможлива. В цьому випадку повинно бути зменшення об'єму тулуба плода з видаленням органів черевної або грудної порожнини, після чого плід витягають у складеному вигляді (conduplicato corpore).

В виняткових випадках є необхідність після евентрації зробити розтин хребта на будь-якому рівні – спонділотомію.

Техніка

- введення лівої руки в піхву і пошуки місця для перфорації стінки тулуба (грудної клітки або черевної порожнини).
- введення перфоратора під контролем внутрішньої руки.
- перфорація тулуба в міжреберному проміжку і поступове розширення перфораційного отвору. При необхідності розсікають одне або два ребра.

Через утворений в тулубі отвір абортцангом чи щипцями поступово виймають зруйновані органи черевної або грудної порожнини. Розтин хребта проводять ножицями Феноменова або Зібольда.

Евентерація показана також при подвійних плодах, що зрослися і мають вади. При цьому залежно від випадку, декапітують додаткову голівку, проводять ексцеребрацію додаткової голівки або евісцерацію додаткової грудної чи черевної порожнини, тощо.

Після кожної плодоруївної операції необхідно ретельно перевірити цілісність пологових шляхів; виконати ручне обстеження стінок матки з попереднім видаленням посліду, щоб переконатися в цілісності її стінок; перевірити сечовий міхур шляхом катетеризації.

Можливі ускладнення (насильні травми, які виникають під час втручання):

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Травми піхви.
3. Гематоми вульви та піхви.
4. Травми шийки матки.
5. Перфорація матки.
6. Травма сечовивідного каналу, сечового міхура.
7. Травма кісткового тазу.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий: на початку заняття викладач розкриває актуальність теми, формує основні цілі і задачі навчального заняття, проводить контроль початкового рівня знань шляхом відповіді кожного студента на контрольне запитання, дає завдання для самостійної роботи.

Б. Основний - самостійна робота студентів під керівництвом викладача: підготовка набору інструментів для плодоруївних операцій; виконання на фантомі етапів операцій краніотомії, клейдотомії, декапітації тощо.

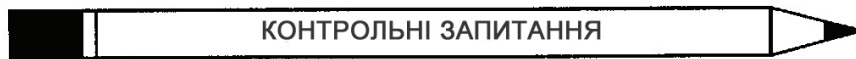
Вказані види самостійної роботи розподіляються між 3-4 студентами.

В. Заключний - контроль остаточного рівня засвоєння знань шляхом розв'язування ситуаційних задач, звіту студентів про виконану роботу. В кінці занять оцінюється робота кожного студента, підводяться підсумки, зауваження по ходу заняття.

VI. Методичне забезпечення

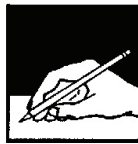
Місце проведення занять – навчальна кімната.

Оснащення: навчальні таблиці, муляжі, інструменти - перфоратор Феноменова і Бло, ножиці Феноменова, кюретка для ексцеребрації, краніокласт Брауна, ножиці Зібольда, декапітаційний гачок Брауна, затискачі Мюзю, широкі вагінальні дзеркала.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Які операції для зменшення об'єму плода за рахунок зменшення об'ємних частин?
2. Які операції для зменшення об'єму плода за рахунок максимального збільшення рухомості між окремими частинами тіла плода?
3. Які операції розчленування плода?
4. Які показання, умови, інструменти для краніотомії?
5. Яка техніка операції перфорації голівки, ексцеребрації?
6. Яка техніка операції краніоклазії?
7. Які показання, умови, інструменти для декапітації?
9. Яка техніка операції декапітації?
10. Які показання, умови, інструменти, техніка спонділотомії?
11. Які показання, умови, інструменти, техніка для евертерації та спонділотомії.
12. Які ускладнення з боку матері при плодоруйнівних операціях.



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Виконати на фантомі операцію перфорацію голівки.
2. Виконати на фантомі операцію краніоклазію голівки.
3. Виконати на фантомі операцію декапітації голівки.
4. Виконати на фантомі операцію розтину ключиці плода.
5. Виконати на фантомі операцію спонділотомії плода.



Типові ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань.

1. Роділля 25 років, з регулярною пологовою діяльністю протягом 12 годин, безводний проміжок 14 годин. Загальний статус задовільний. Пологова діяльність інтенсивна. Розміри таза : 26 - 29 - 31 - 20. Окружність живота 102 см. Висота стояння дна матки 33 см. Матка збільшена у поперечному розмірі більш, ніж у подовжньому, напружена, щільно обхоплює плід. Голівка плода справа, сідниці зліва. Плід нерухомий. Серцебиття плода не вислуховується.

Виділяється незначна кількість навколоплідних вод забарвлених меконієм. Вагінальне дослідження : шийка матки згладжена, розкриття повне. В піхві пальпується ручка, що випала, у вхід в малий таз взолочено плечико плода. .



Який діагноз? Яка тактика ведення пологів?



II період пологів. Запущене поперечне положення плода.
Декапітація.

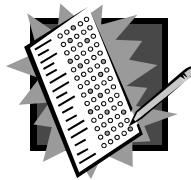
2. Пологи I, тривають 36 годин. Розміри таза : 26 - 28 - 31 -20. Температура 38,5, Рс 100 уд/хв. Окружність живота 100 см. Висота стояння дна матки 40см. Серцебиття плода не вислуховується. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне. Стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко ближче до симфізу. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. .



Який діагноз? Яка тактика ведення пологів?



II період пологів. Головне передлежання. Великий плід.
Слабкість пологової діяльності. Мертвий плід.
Краніотомія. Краніоклазія.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Пологи I, тривають 16 годин. Потуги почались 30 хвилин тому. Серцебиття плоду не вислуховується. Самостійно народилась голівка плода, тулуб не виводиться з пологових шляхів.



Яку плодоруйнівну операцію треба виконати?



- А. Розтин ключиць*
- В. Спонділотомія.
- С. Евентерація.
- Д. Декапітація.
- Е. Краніотомія.

2. Роділля 29 років, доставлена в пологовий будинок машиною швидкої допомоги. Вагітність 39-40 тижнів. Загальний стан задовільний. Пологова діяльність відсутня. При вагінальному дослідженні встановлено: ніжки та тулуб плода звисають з статевої щілини, плід мертвий. Виведення голівки плода за допомогою прийому Морісо-Левре було безрезультатним.



Який вид плодоруйвної операції треба застосувати у даному випадку?



- А. Краніотомія.*
- В. Декапітація.
- С. Розтин ключиці.
- Д. Перфорація голівки.
- Е. Спонділотомія.

Тема 12. КЕСАРІВ РОЗТИН

I. Науково-методичне обґрунтування теми

За останні роки в світі сформувалась тенденція до зростання частоти абдомінального розродження, майже в кожному 4-5 спостереженні. Це пов'язано в першу чергу з проблемами перинатальної охорони здоров'я плода, а також з удосконаленням методології операції та її знеболення. Водночас, зростання частоти операції призвело до появи інших проблем – збільшення кількості жінок з рубцем на матці, формування в них хвороби „оперованої матки”. Дана тема, в цілому, об'єднує та узагальнює результати багатьох навчальних тем, як, наприклад, тазове передлежання плода, гіпоксія плода, гестози, аномалії пологової діяльності й положення плода, гнійно-септичні захворювання в акушерстві, питання екстрагенітальної патології у вагітних. Побудова заняття ґрунтується на базових знаннях топографічної анатомії й оперативної хірургії, фармакотерапії та на інформації одержаній під час вивчення акушерства.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «кесарів розтин».
2. Показання до операції кесаревого розтину.
3. Протипоказання до операції кесаревого розтину.
4. Методи та основні етапи операції.
5. Ускладнення операції кесаревого розтину.
6. Доопераційну підготовку та ведення післяопераційного періоду.
7. Особливості анестезіологічного забезпечення операції.
8. Методи профілактики ускладнень операції кесаревого розтину.

В результаті проведеного заняття студент повинен вміти:

1. Сформулювати показання до операції кесаревого розтину.
2. Визначити протипоказання до операції кесаревого розтину.
3. Скласти план доопераційної підготовки вагітної, роділлі.
4. Скласти план ведення післяопераційного періоду.

III. Базові знання

1. Хірургічна анатомія передньої черевної стінки.
2. Анатомічні співвідношення в черевній порожнині перед пологами.
3. Поняття про нижній сегмент матки.
4. Структура міометрія та анатомія матки під час вагітності.
5. Кровопостачання матки та органів малого таза.
6. Клітковинні простори таза.
7. Шовний матеріал, типи швів та способи їх накладання.

IV. Зміст навчального матеріалу

Кесаревим розтином називають таку розроджувальну операцію, під час якої плід і послід вилучають через розтин передньої черевної стінки (лапаротомія) й матки (гістеротомія).

Розповсюдженість: частота кесаревого розтину значно зросла протягом останніх десятиріч, як в наслідок розширення показань до операції з боку плода так і зменшення протипоказань до неї, і складає в акушерських закладах України II-IV рівня акредитації 10-20% від загальної кількості пологів. В США та країнах Європи це друга за розповсюдженістю хірургічна операція що складає 20-25% від всіх розроджень.

Згідно резолюції II науково-практичної конференції Асоціації акушерів-гінекологів України, з метою зниження материнської та перинатальної захворюваності та

смертності, покази до кесаревого розтину поділяють на такі з боку матері та з боку плода.

Показання з боку матері

1. Анатомічне (III і IV ступеня) звуження таза та форми вузьких тазів, що рідко зустрічаються.
2. Клінічно вузький таз.
3. Центральне передлежання плаценти.
4. Часткове передлежання плаценти з вираженою кровотечею та відсутністю умов до термінового природного розродження.
5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти при відсутності умов до термінового розродження через природні пологові шляхи.
6. Розрив матки, що загрожує, або розпочався.
7. Два і більше рубця на матці.
8. Неспроможність рубця на матці.
9. Рубець на матці після корпорального кесаревого розтину.
10. Рубцеві деформації шийки матки та піхви.
11. Аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції.
12. Значне варикозне розширення вен шийки матки, піхви та промежини.
13. Аномалії розвитку матки та піхви, які перешкоджають природному розродженню.
14. Стан після розриву промежини III ступеня та пластичних операцій на промежині.
15. Стани після хірургічного лікування сечостатевих та кишково-статевих норниць.
16. Пухлинні утворення органів малого таза, що завадять народженню плода.
17. Рак шийки матки.
18. Відсутність ефекту від лікування важких форм прееклампсії та неможливість термінового розродження через природні пологові шляхи.
19. Травматичні пошкодження таза і хребта.
20. Екстрагенітальна патологія, що вимагає виключення II періоду пологів (за наявністю висновку відповідного фахівця згідно з методичними рекомендаціями):
 - артеріальна гіпертензія III ст.;
 - коарктація аорти;
 - аневризма аорти чи іншої крупної артерії;
 - систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%;
 - „свіжі” крововиливи у сітківку на тлі діабетичної або гіпертонічної ангіопатії;
 - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу;
 - легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
 - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу;
 - спленомегалія;
 - діафрагмальна кила;
 - гіпертензійно-лікворний синдром;
 - стан після геморагічного інсульту;
 - необхідність виключення (укорочення) потуг за відсутності головного передлежання.
21. Гостра форма генітального герпесу протягом 3-х тижнів перед пологами.
22. Мертвонародження в анамнезі у поєднанні з іншою акушерською патологією.
23. ВІЛ-інфікування вагітної при вірусному навантаженні більше 1000 копій.

Показання з боку плода

1. Дистрес (гіпоксія) плода, яка підтверджена об'єктивними методами дослідження, за відсутності умов для термінового природного розродження.

2. Тазове передлежання плода масою понад 3700,0 г у поєднанні з іншою акушерською патологією та високим ступенем перинатального ризику. Ножне передлежання плода.
3. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
4. Неправильне положення плода після злиття навколоплідних вод.
5. Високе пряме стояння стрілоподібного шва.
6. Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового).
7. Лікована неплідність з високим ризиком перинатальної патології.
8. Штучне запліднення (IVF, ICSI)
9. Агонія чи клінічна смерть вагітної при живому плоді.
10. Багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні I плода.
11. Гіпоксія або тазове передлежання плода, маса плода більше 4000 г при цукровому діабеті у матері.

Протипоказання до абдомінального кесаревого розтину

1. Мертвий або нежиттєздатний плід (за виключенням життєвих показань з боку матері).
2. Вади розвитку плода несумісні з його життям.
3. Інфекції пологових шляхів з ризиком розвитку септичних станів та загрози життя породіллі. Тривалий безводний період.
4. Гіпертермія будь-якого походження.

Умови виконання операції кесаревого розтину

1. Відсутність протипоказань.
2. Наявність необхідного оснащення та відповідних навиків у лікаря.
3. Згода вагітної на проведення операції.
4. Живий плід (окрім масивної кровотечі при повному передлежанні плаценти, передчасного відшарування плаценти, звуження тазу 4 ступеня).
5. Цілий плідний міхур або безводний період тривалістю до 12 годин.

Методи кесаревого розтину

Доступи:

А. Інтраперитонеальний.

Б. Кесарів розтин у нижньому сегменті матки з тимчасовою ізоляцією черевної порожнини.

В. Екстраперитонеальний.

Поперечна гістеротомія

Кесарів розтин в нижньому сегменті матки (поперечна гістеротомія в нижньому сегменті матки) – проводять найбільш часто, її переваги – менша крововтрата, краще загоєння, менший ризик появи злук.

Повздовжня гістеротомія (вертикальна, висока).

Корпоральний (класичний) кесарів розтин:

- проводять тільки у виняткових випадках;
- супроводжується значним об'ємом крововтрати;
- гемотрансфузію проводять в 2 рази частіше .

Показання до проведення корпорального кесаревого розтину:

- неможливість доступу в нижньому сегменті матки (злуки, пухлинні утвори);
- передлежання плаценти;
- стиснутий в порожнині матки плід в поперечному положенні;
- погано виражений нижній сегмент матки, або його відсутність при недоношеній вагітності, сідничне передлежання недоношеного плода;
- великий плід з наявністю патології (гідроцефалія, велика крижово-куприкова тератома), зрощені близнюки;

- планова гістеректомія (рак);
- неповноцінний рубець на матці після попереднього корпорального кесаревого розтину.

Вертикальна гістеротомія в нижньому сегменті. Проводять рідко. *Переваги:* менший ризик ушкодження кровоносних судин матки.

Можливі показання:

- багатоплідна вагітність;
- неправильне положення плода (поперечне, скісне);
- пологи дуже малим недоношеним плодом;
- планується гістеректомія в післяпологовому періоді.

Організація (регламент) кесаревого розтину

Кесарів розтин може бути плановим або ургентним. Плановою вважається операція, необхідність якої затверджена консилиумом і може бути виконана в будь-який час доби. Запланованим, також вважається кесарів розтин, який виконується з початком пологової діяльності та у випадку передбачуваних можливих ускладнень в пологах. Оптимальним співвідношенням планових та ургентних операцій вважається 60% / 40%. Обов'язковою є наявність інформованої згоди вагітної на операцію, яка повинна бути підтверджена заявою та записом в історії пологів.

Знеболення операції

- а) загальна анестезія;
- б) регіональна (спинальна, епідуральна, перидуральна) анестезія;
- в) місцева інфільтраційна анестезія (у виняткових випадках).

Підготовка до проведення оперативного втручання

1. Обробка піхви місцевими вагінальними антисептиками.
2. Положення вагітної на операційному столі для профілактики синдрому нижньої порожнистої вени: операційний стіл дещо нахилиється вліво або підкладається подушка (згорнуте простирадло) під нижню частину спини жінки (справа).
3. Мобілізація вени та налагодження внутрішньовенної інфузії кровозамінників.
4. Виведення сечі катетером. При повторній операції, при передбаченні можливого розширення обсягу оперативного втручання – встановлення постійного катетера.
5. Обробка рук операційної бригади.
6. Обробка операційного поля.
7. Визначення типу антибіотику для антибактеріальної профілактики.

Стислий опис етапів інтраперитонеального кесаревого розтину

- створення асептичних умов для операції;
- лапаротомія – поперечний (надлобковий) розріз передньої черевної стінки по Пфаненштилю, або (рідко) вертикальний нижньосерединний;
- розтин очеревини, відсування сечового міхура;
- горизонтальний розтин м'яза передньої стінки матки в межах найбільшого обводу передлеглої частини до 1,5-2 см, з наступним розширенням рани методами Гусакова або Дефлера. Вертикальний розріз при корпоральному кесаревому розтині;

Метод Гусакова: скальпелем проводять поперечний розріз матки довжиною 3 см, в розріз вводять вказівні пальці обох рук і тупо розширюють розріз, обережно розтягуючи його вгору і в обидві сторони (до 10 – 12 см довжиною).

Метод Дефлера: скальпелем проводять розріз довжиною 2,5-3 см через всі шари матки, потім вправо і вліво від середини ножицями, піднімаючи місце розрізу другою рукою, продовжують розріз дугоподібно вгору.

- розкриття амніона;

Народження дитини:

- виведення передлежачої частини плода (голівки по долоні або по гільці акушерських щипців). Сідниці, ніжки витягуються з дотриманням біомеханізмів пологів, які притаманні передлежанню плода;
- вилучення плода під пахви (при головному передлежанні);
- відділення новонародженого від матері: асистент відсмоктує слиз з верхніх дихальних шляхів дитини, перетискається і перерізається пуповина, дитина передається акушерці, неонатологу;
- видалення посліду тракціями за пуповину проводиться активно. Одразу після народження дитини внутрішньовенно крапельно вводиться 10 ОД розчину окситоцину у 500 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 60 крапель на хвилину (з продовженням після закінчення операції протягом 2 годин), проводиться масаж матки через передню черевну стінку з одночасним потягуванням за пуповину.
- після відділення дитини проводиться профілактика виникнення септичних ускладнень шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі за виключенням наявності у пацієнтки сечостатевої інфекції, яка потребує введення антибіотиків відповідно до показань;
- стінки матки протирають марлевим тупфером або вишкрібають акушерською кюреткою, при необхідності проводиться розширення цервікального каналу;
- проводять місцевий гемостаз. Рану на матці зашивають з використанням окремих швів, однорядного, неперервного, двох-, трьохрядного швів, в залежності від методу кесаревого розтину (поперечний, вертикальний розрізи) з використанням синтетичних матеріалів, що піддаються гідролізу;
- перитонізація матки вирішується за рахунок рiса vesico-uterinae;
- контроль гемостазу. Огляд суміжних органів. Підраховують салфетки, інструменти;
- дренажування черевної порожнини (при показаннях) через контрапертуру в правому гіпогастрії);
- відновлення передньої черевної стінки.

При виконанні операції кесаревого розтину за Старком із застосуванням методики Джоела-Кохена, проводиться поперечний надлобковий розріз шкіри і вкорочений розріз підшкірної клітковини, фасцій, очеревини, які розтягуються тупим шляхом з метою зменшення кровотечі. Очеревина та підшкірна клітковина не зашиваються.

Середня величина крововтрати за час проведення операції не повинна перевищувати 600-700 мл. У разі гіпотонічної кровотечі з крововтратою понад 1000 мл постає питання про розширення обсягу операції до екстирпації матки.

Екстирпація матки відразу після кесаревого розтину також виконується у випадках:

- розриву матки;
- істинного прирощення плаценти;
- ризику генералізації інфекції в пологах;
- пухлин матки та шийки (рак, множинні міоматозні вузли);
- неконтрольована кровотеча (ДВЗ-синдром, атонія матки, кровотеча з місця прикріплення плаценти).

Під час проведення операції підлягають видаленню пухлини придатків, злоякісні пухлини черевних органів. Можливо проведення консервативної міомектомії.

Кесарів розтин значно підвищує частоту інфекційних ускладнень в порівнянні з вагінальним розродженням. Призначення антибіотиків зменшує інтраопераційний та післяопераційний ризик розвитку тяжких інфекційних ускладнень.

Ускладнення операції кесаревого розтину:

Інтраопераційні:

- гіпотонічна кровотеча;
- коагулопатична кровотеча;
- емболія навколоплідними водами;
- тромбоемболія;
- поранення великих судин;
- ушкодження сечового міхура, сечоводів;
- кровотеча із варикозно розширених вен малого таза.

Післяопераційні:

- кровотеча гіпотонічна;
- недостатність лігатур;
- тромбоемболія великих судин;
- ендометрит, метроендометрит;
- перитоніт;
- сепсис;
- нагноєння післяопераційної рани;
- розходження післяопераційних швів;

Найбільш часті віддалені післяопераційні ускладнення:

- хронічний адгезивний пельвіоперитоніт, злукова хвороба;
- цервіко-фундальний синдром;
- синдром хронічного тазового болю;
- розходження швів на матці при послідуєчих вагітностях.

Післяопераційний догляд у ранньому післяопераційному періоді:

- контроль стану матки;
- контроль кількості виділеної крові з піхви;
- контроль гемодинаміки;
- адекватне знеболення.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування контрольними запитаннями та завданнями тестового контролю.

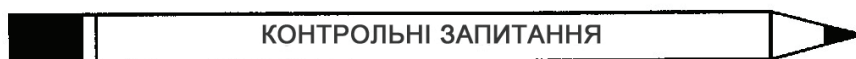
Б. Основний – робота студентів під контролем викладача у палатах патології вагітних, пологових залах, операційній (демонстрація операції кесаревого розтину), обговорення основних показань до операції, метода й техніки втручання по етапах. Робота в післяопераційних палатах, ознайомлення з перебігом післяопераційного періоду.

В. Заключний – контроль рівня засвоєння навчального матеріалу під час розв'язання ситуаційних задач. Підведення підсумків заняття, домашнє завдання.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: навчальна кімната, відділення патології вагітних, операційна, післяопераційні палати. Демонстрація кесаревого розтину також можлива під час чергування студента з викладачем згідно з навчальним планом.

Обладнання: таблиці, історії пологів, інструментарії для виконання операції кесаревого розтину, технічне обладнання для операцій кесаревого розтину.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення поняття «кесарів розтин»?
2. Яке місце операції кесаревого розтину в сучасному акушерстві?
3. Які причини зростання частоти абдомінального розродження?
4. Які основні показання до операції з боку матері?
5. Які показання до кесаревого розтину з боку плода?
6. Які умови для виконання операції кесаревого розтину?
7. Які протипоказання для виконання кесаревого розтину?
8. Які види (методи) абдомінального кесаревого розтину, їх переваги та недоліки?
9. Яке анестезіологічне забезпечення операції?
10. Яка підготовка до операції кесаревого розтину?
11. Які етапи операції кесаревого розтину?
12. Які основні ускладнення кесаревого розтину?
13. Які клінічні обставини висувають необхідність розширення обсягу хірургічного втручання під час кесаревого розтину?
14. Які особливості ведення післяопераційного періоду?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Сформулювати показання до операції кесаревого розтину (на підставі даних історії пологів або курації вагітної)
2. Визначити протипоказання до операції кесаревого розтину.
3. Скласти план доопераційної підготовки вагітної, роділлі.
4. Проаналізувати заходи спрямовані на оптимізацію виконання операції.
5. Скласти план ведення післяопераційного періоду.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 20 років. I період пологів на 40 тижні вагітності. Головне передлежання. Пологова діяльність протягом 8 год, перейми регулярні, по 30 сек., через 5-7 хв. Розкриття шийки матки 3см. Плодовий міхур цілий. ЧСС плода 128-148 уд/хв. На КТГ децелерації типу dip I.



Чи існують показання до кесаревого розтину? Які?



Існують. Дистрес плода в пологах.

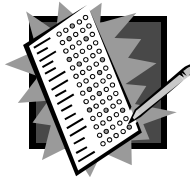
2. Повторні пологи. Загальнорівномірнорозвужений таз I ст. Попередні пологи дитиною 3400г. Очікувана маса плода 4000г. Головне передлежання, задній вид, при внутрішньому дослідження – майже повне розкриття шийки матки, стрілоподібний шов у лівому косому розмірі входу до малого таза, мале тім'ячко з боку крижової кістки.



Поставити діагноз і визначити спосіб розродження.



II пологи, кінець I періоду пологів, головне передлежання, задній вид, великий плід, загальнорівномірнорозвужений таз I ст. Спосіб розродження: кесарів розтин.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Вагітна 25 років. Вагітність 38-39 тижнів. I період пологів. Перейми по 45 сек кожні 10 хвилин. При обстеженні: обвід живота 100 см, висота стояння дна матки 28 см, прилеглої частини немає, голівка плода пальпується справа, зліва-тазовий кінець. Серцебиття плода 140 уд/хв. Вагінальне обстеження: шийка матки згладжена, відкрита на 6 см, плідний міхур цілий, напружений, передлегла частина не палькується.



Яка тактика ведення пологів?



- A. Пологи вести через природні шляхи.
- B. Виконати класичний поворот плода на ніжку.
- C. Виконати зовнішній поворот плода на голівку.
- D. Виконати кесарів розтин.*

2. Роділля 35 років. Вагітність 39 тижнів. Страждає на цукровий діабет тип П. Виявлені „свіжі” крововиливи у сітківку на тлі діабетичної ангіопатії. Виконана операція кесаревого розтину в нижньому сегменті матки поперечним розрізом.



Яка методика операції ?



- A. Поперечна гістеротомія в нижньому сегменті матки.*
- B. Висока повздовжня гістеротомія.
- C. Класичний кесарів розтин.
- D. Вертикальна гістеротомія в нижньому сегменті.

Тема 13. АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ

I. Науково – методичне обґрунтування теми

Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення, погіршують якість життя.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «акушерський травматизм».
2. Класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу та патогенезом.
3. Етіологію травм вульви, промежини, піхви, шийки матки.
4. Клініку, діагностику, лікування травм зовнішніх статевих органів
5. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів промежини.
6. Клініку, діагностику, лікування розривів піхви, гематом вульви та піхви.
7. Класифікацію, клініку, діагностику, лікування розривів шийки матки.
8. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику розривів матки;
9. Клініку, діагностику, акушерську тактику при загрозі розриву матки, профілактику цього ускладнення.
10. Клініку, діагностику, акушерську тактику при завершеному розриві матки, профілактику цього ускладнення.
11. Етіологію, патогенез, класифікацію, фактори ризику післяпологового вивороту матки.
12. Клініку, діагностику, акушерську тактику при післяпологовому вивороті матки, профілактику цього ускладнення.
13. Етіологію, патогенез, фактори ризику та класифікацію акушерських травм кісткового тазу.
14. Клініку, діагностику, лікування та профілактику акушерських травм кісткового тазу.
15. Етіологія, фактори ризику, класифікацію, клініку, діагностику, лікування та профілактику акушерських травм новонародженого.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Оцінювати фактори ризику акушерського травматизму.
2. Прогнозувати ризик акушерського травматизму.
3. Складати план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.
4. Оцінювати стан промежини в 2 періоді пологів.
5. Проводити профілактику розривів промежини.
6. Накладати шви при розриві промежині 1-2 ступеня.
7. Виконувати перінеотомію, епізіотомію.
8. Складати план обстеження при наявності рубця на матці.
9. Прогнозувати перебіг пологів при наявності рубця на матці.
10. Розпізнавати клінічні ознаки загрози розриву матки.
11. Розпізнавати клінічні ознаки завершеного розриву матки.
12. Оцінювати фактори ризику травми новонародженого.
13. Розпізнавати травми новонародженого.

III. Базові знання

1. Будова внутрішніх і зовнішніх статевих органів жінки
2. Будова та топографія тазового дна.

3. Кровопостачання жіночих статевих органів.
4. Венозні сплетіння органів малого таза.
5. Топографія органів черевної порожнини і малого таза.
6. Фізіологічні зміни в організмі жінки під час вагітності.
7. Правила асептики і антисептики.
8. Методика ушивання ран.
9. Методи загального обстеження.
10. Параметри нормального гомеостазу.

IV. Зміст навчального матеріалу

Акушерський травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

АКУШЕРСЬКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ

Класифікація

I. За локалізацією процесу:

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

II. За патогенезом:

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

Травми зовнішніх статевих органів, промежини, піхви, шийки матки

Найчастіше в пологах травмуються зовнішні статеві органи, промежина і піхва.

Етіологія

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.

Травми зовнішніх статевих органів

До травматичного ушкодження в пологах найбільш уразливі тканини вульви і присінка піхви.

Клініка. Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.

Діагностика. Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.

Лікування – хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невдалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що сприяє розвитку генітального пролапсу. Розриви промежини трапляються в середньому в 7% пологів.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної техніки «захисту» промежини;
- мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

1. Розрив *1-го ступеня* – розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2см), не ушкоджується м'язовий шар промежини.
2. Розрив *2-го ступеня* - ушкодження шкіри та м'язів промежини (*centrum tendineum perinei, musculus bulbocavernosus, musculus superficialis et profundus*), стінки піхви.
3. Розрив *3-го ступеня неповний* – крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (*musculus sphincter ani externus*).
Розрив *3-го ступеня повний* – крім розривів шкіри, м'язів промежини, зовнішнього сфінктера прямої кишки відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.

За класифікацією МКХ-10 розрив «3-го ступеня повний» класифікується як розрив 4-го ступеня.

Окремо вирізняють *центральный* розрив промежини (*ruptura perinea centralis*) – несправжній (*artificialis*) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика.

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

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

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;
- кровотеча із рани.

Лікування.

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

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1-2 ступеня, загальної анестезії – при ушиванні розривів 3 ступеня;
- висікання розмізчених тканин;
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.
- Особливості накладання швів при неповному розриві промежини 3-го ступеня:

- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім відновлення цілості сфінктера, в кінці ушивання тканин промежини.

Особливості накладання швів при повному розриві промежини 3-го ступеня (4-го ступеня по МКХ-10):

- накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки (вузлуватими швами, занурюючи їх в просвіт кишки), потім ушивання сфінктера прямої кишки вузлуватими швами;
- накладання безперервного шва на задню стінку піхви;
- накладання швів на м'язи тазового дна (ніжки леваторів ушивають окремими швами);
- ушивання шкіри промежини.

Особливості догляду після ушивання травм промежини:

- обробка швів промежини 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації;
- застосування для обробки швів розчину калію перманганату або 1% розчину брильянтової зелені;
- ультрафіолетове опромінення рани.

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітності та пологів, своєчасну епізіотомію за згодою роділлі у разі наявності клінічних ознак загрози розриву промежини, а також при акушерських операціях (вакуум екстракції плода, накладання акушерських щипців тощо).

Розриви піхви

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

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colporogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

Гематоми вульви, піхви

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія. Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:

- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка. Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації процесу, об'єму та швидкості наповнення.

Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються

прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШОЄ.

Діагностика.

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

Лікування. Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дренують. На тканини накладають шви, тампують піхву, прикладають пузир з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепарування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом на 30-40 хвилин. У тяжких випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

Розриви шийки матки

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви (ruptura coli uteri) – можуть бути від поверхневих до глибоких і супроводжуватись кровотечею.

Класифікація.

I. За патогенетичними ознаками:

- спонтанні (мимовільні);
- насильні.

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

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

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

Діагностика. Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах. Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно враховувати при ушиванні розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

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

Профілактика розриву шийки матки полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування засобів для знеболювання пологів).

Розриви матки

Розривом матки (ruptura uteri) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Розрив матки - надзвичайно тяжка акушерська патологія, що супроводжується інвалідизацією і високою материнською, перинатальною смертністю: материнська летальність при розриві матки досягає 12-18 %, загибель плода – 35-40%.

Етіологія і патогенез

Проблемі вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки.

Розриви матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

До **групи ризику** розриву матки під час вагітності та пологів належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народили багато разів.

До групи ризику розриву матки під час пологів належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плодом великої маси;
- з пере розтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо)

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

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при застосуванні розроджуючих операцій на фоні морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:

1. Ризик розриву матки.

2. Загрожуючий розрив матки.

3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив.

2. Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:

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

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

Клініка розриву матки

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки – процес, що передуює клінічним ознакам загрози розриву матки, більш властивий жінкам групи високого ризику розриву матки (див. вище).

Симптоми анатомо – функціональної неповноцінності рубця :

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при УДЗ - товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, балоноподібна форма.

Загроза розриву матки під час пологів.

Класичний симптомокомплекс при диспропорції між розмірами плода і таза матері, описаний Бандлем.

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «пісочного годинника»;

- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглої частині плода над входом до малого тазу;
- перейми з виразним судомним скороченням матки;
- серцебиття плода ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини), утруднене сечовипускання;
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель – Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого таза.

Симптомокомплекс гістопатичного (при морфологічних змінах міометрія) розриву матки характеризуються атиповими проявами:

- патологічний «прелімінарний» період;
- слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від родостимуляції;
- посилення і без того сильного болю в животі між переймами і потугами;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод;
- клінічні прояви інфекції в пологах;
- домішки крові в сечі;
- прогресуючий дисстрес плода.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах :

- «кінджальний» біль у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- наростають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- зовнішня кровотеча;
- загибель плода.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

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

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (час після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді, корпоральний кесарів розтин та ін.);
- наявність симптомів неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності, пологова діяльність може тривати;
- розрив матки при цілому плодovому міхурі;
- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;

- передлегла частина плоду не просувається; пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординації;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним.

Ознаки розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;
- інколи відсутні ознаки відокремлення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливо здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

У практичній медицині трапляються випадки **нерозпізнаного розриву матки**, коли дана патологія діагностується на 2-гу – 3-тю добу після пологів при наростанні явищ акушерського перитоніту.

Алгоритм дії лікаря

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

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

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при :

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- клінічно вузькому тазі.

Акушерська тактика при ознаках загрожуючого розриву матки:

- пологова діяльність припиняється (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики);
- вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершують оперативним шляхом.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся

Клінічні ознаки розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі різко погіршує її стан.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування ургентних «реанімаційних заходів»:

- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечення інфузійно-трансфузійної терапії, адекватної розміру крововтрати та корекція порушень гемо коагуляції;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, реабілітаційних заходів.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надпівової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною кровотечею без ознак синдрому ДВС та інфекції.

Показання до екстирпації матки :

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

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

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

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

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

Виворіт матки

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні.

В акушерській практиці післяпологовий виворіт матки є надзвичайно рідкісним ускладненням третього періоду пологів. Оскільки матка вивертається саме у третьому періоді пологів, термін «післяпологовий виворіт» не зовсім відповідає часу виникнення пологової травми. Доцільно користуватися терміном «акушерський виворіт матки».

Класифікація

1. *За клінічно-морфологічними ознаками:*
 1. Гострий (швидкий) повний.
 2. Гострий (швидкий) неповний (частковий).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанний.
2. Насильний.

Етіологія і патогенез

Основною причиною акушерського вивороту матки є втрата тонусу міометрія. Сприяє скоєнню даної травми нераціональне ведення 3-го періоду пологів.

Клініка

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

Діагностика

Вивернута матка може розміщуватися у піхві і виходити за статеву щілину. Якщо плацента не відокремилася, то пухлиноподібне утворення містить плаценту, плодові оболонки, пупковий канатик.

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

Лікування

Лікування при гострому акушерському вивороті матки направлене на виведення пацієнтки із стану больового, геморагічного шоку та репозиції матки. Дають глибокий наркоз. Вивернуту матку обмивають теплим розчином фурациліну (1:5000). Якщо плацента не відокремилась, її відокремлюють. Переводять жінку в положення Тренделенбурга і виконують репозицію матки. У післяпологовому періоді проводять профілактику гнійно-септичних ускладнень. Несвоєчасна кваліфікована допомога може призвести до защемлення або гангрені матки, що випала. Це потребує екстирпації матки через піхву.

Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього періоду пологів.

Акушерська травма кісткового тазу

Акушерською травмою кісткового тазу називають травматичні ушкодження суглобів і зчленувань, пов'язаних з пологами.

Травма симфізу

Розриви симфізу під час пологів трапляються рідко, частіше (до 4% випадків) спостерігаються розходження лобкових кісток.

Етіологія і патогенез. Травматичному ушкодженню симфізу передують гормональні зміни в організмі жінки під час вагітності. Так, максимальне накопичення гормону релаксину наприкінці вагітності сприяє розм'якшенню хрящової тканини симфізу. За таких умов вставлення голівки плоду в площину входу при вузькому тазі, макросомії плоду, асинклітизмі може призвести до розходження лобкових кісток. Патологія може трапитися внаслідок накладання акушерських щипців, плодоруйнівних операцій, екстракції плоду за тазовий кінець.

Класифікація.

За ступенем тяжкості:

- 1-й ступінь – розходження 5-9 мм (норма 1,5 мм);
- 2-й ступінь – розходження 10-20 мм;

3-й ступінь – розходження більше 20 мм.

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

Діагностика не становить труднощів. Величина розходження вимірюється на рентгенограмі; УЗД.

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

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

ПОЛОГОВІ ТРАВМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пологовими травмами новонароджених називаються травматичні ушкодження тканин і органів, що скоїлись під час родового акту.

Етіологія

До етіологічних факторів виникнення пологових травм відносять:

- затяжні пологи;
- швидкі пологи;
- невідповідність розмірів пологового каналу та плода (вузький таз, макросомія, неправильне вставлення голівки плода);
- акушерські операції, тощо.

Класифікація

- поверхневі ушкодження (поверхневі садна, синці, гематоми, пологова пухлина на передлеглий частині плода);
- важкі ушкодження (розриви шкіри, гематоми, вивихи суглобів, переломи кісток, ушкодження хребта, черепа, тощо).

Ушкодження шкіри та м'яких тканин плода.

Травми шкіри та м'яких тканин клінічно проявляються поверхневими саднами, синцями, важкими рваними ранами шкіри потилиці, тімені, сідниць, статевих органів тощо.

Поверхневі садна та синці особливого лікування не потребують.

Глибокі розриви лікують хірургічним шляхом.

Пологова пухлина

Пологова пухлина на шкірі потилиці, тімені, личку, сідницях виникає практично під час усіх пологів.

Пологова пухлина – це набряк передлеглої частини плода з дрібними крапковими крововиливами, що обумовлені застоєм лімфи і крові у підшкірній клітковині.

Клінічно пологова пухлина має вигляд припухлості з ціанотичною шкірою.

Пологова пухлина лікування не потребує і зникає самостійно протягом перших 5 – 7 діб життя дитини.

Кефалогематома

Кефалогематома – це крововилив між окістям і будь-якою кісткою черепа, найчастіше на передлеглій частині голівки новонародженої дитини.

Класифікація:

- зовнішня;
- внутрішня.

Зовнішня кефалогематома – крововилив між кісткою черепа та зовнішньою пластиною окістя.

Пальпаторно відзначається пружна, флюктуюча пухлина. Шкіра над зовнішньою кефалогематомою має нормальне забарвлення.

Нерідко пухлина збільшується протягом перших 2 – 3 діб життя.

Невеликі зовнішні кефалогематоми розсмоктуються самостійно без терапевтичних заходів.

Кефалогематоми великих розмірів потребують протягом перших 2-3 діб життя підвищеного положення головного кінця ліжечка дитини.

Внутрішня кефалогематома – крововилив і накопичення крові між внутрішньою поверхнею кістки і твердою мозковою оболонкою. Внутрішня кефалогематома виникає при порушенні цілості черепних кісток і може супроводжуватись підвищенням внутрішньочерепного тиску, подразненням мозкових оболонок, паралічем життєво важливих центрів.

Лікування дітей з клінічними проявами внутрішніх кефалогематом проводять у відповідних реанімаційних відділеннях.

Вдавлення кісток черепа

Вдавлення кісток черепа – це родова травма, що клінічно проявляється наявністю жолобуватого або круглого вдавлення різної глибини, найчастіше у ділянці тім'яної або скроневої кістки.

Глибокі та широкі вдавлення виправляють ручним методом, глибокі – хірургічним.

Переломи кісток кінцівок

Переломи ключиці.

Клінічні ознаки перелому ключиці незначні. Підокісний перелом ключиці та перелом без зміщення виявляються на 5-7 діб після народження, коли на місці перелому утворюється хрящовий мозоль.

Лікування перелому ключиці зводиться до накладання фіксуючої пов'язки на плечовий пояс.

Перелом плечової кістки.

Клінічні ознаки перелому плечової кістки:

- ручка нерухома;
- промацуються уламки кісток;
- відчувається крепітація.

Лікування полягає у накладанні фіксуючої пов'язки, підклавши у пахвову ямку шматочок вати. Хвору ручку, розігнувши у в ліктьовому суглобі, прибинтовують до грудної клітки.

Перелом стегнової кістки.

Клінічні ознаки перелому стегнової кістки :

- ніжка нерухома;

- відчувається крепітація;
- добре промацуються уламки кісток.

Лікування: розігнуту у колінному суглобі ніжку прибинтовують до тулуба. Застосовують спеціальне витягання кінцівки.

Ушкодження органів грудної клітки і порожнини живота

Розриви цих органів супроводжується крововиливом у черевну порожнину або легені. Діагностика важка. Характерна клінічна картина внутрішньої кровотечі.

Лікування – негайна лапаротомія, зупинка кровотечі, реанімаційні заходи.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – науково – методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Студенти збирають анамнез у вагітних, оцінюють наявність факторів ризику акушерського травматизму, прогнозують ризик акушерського травматизму, складають план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму. При можливості демонстрації пологів студенти оцінювати стан промежини в 2 періоді, дають рекомендації з профілактики розривів промежини. На фантомі демонструють ушивання розривів промежини, виконують перінеотомію, епізіотомію. При відсутності вагітних з рубцем на матці проводиться аналіз історії пологів, студенти складають план обстеження при наявності рубця на матці, аналізують надану інформацію про стан рубця. Проводиться аналіз історії пологів з загрозою розриву матки, або завершеним розривом. При наявності травмованих новонароджених проводиться їх огляд.

В. Заключний – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, пологова зала, операційна, відділення новонароджених, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, фантоми, слайди, історії пологів з відповідною патологією, контрольні запитання і задачі.



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення поняття «акушерський травматизм»?
2. Яка класифікацію пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікацію пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?
5. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
6. Яка класифікація розривів промежини?

7. Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?
8. Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?
9. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?
10. Яка класифікація розривів шийки матки?
11. Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?
12. Які етіологію і патогенез розривів матки?
13. Яка класифікація розривів матки?
14. Які фактори ризику розривів матки?
15. Які клініка і діагностика загрози розриву матки?
16. Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?
17. Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?
18. Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?
19. Яка профілактика розриву матки?
20. Які етіологія і патогенез, класифікація післяпологового вивороту матки?
21. Які фактори ризику післяпологового вивороту матки?
22. Які клініка, діагностика, акушерська тактику при післяпологовому вивороті матки.
23. Яка профілактику післяпологового вивороту матки?
24. Які етіологія, патогенез, фактори ризику та класифікація акушерських травм кісткового тазу?
25. Які клініка, діагностика, лікування та профілактика акушерських травм кісткового тазу?
26. Які етіологія, фактори ризику акушерських травм новонародженого?
27. Яка класифікація акушерських травм новонародженого?
28. Які клініка, діагностика, лікування акушерських травм новонародженого?
29. Яка профілактика акушерських травм новонародженого?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Оцінювати фактори ризику акушерського травматизму при збиранні анамнезу у вагітних.
2. Прогнозувати ризик акушерського травматизму.
3. Складати план ведення пологів при наявності факторів ризику акушерського травматизму.
4. Оцінювати стан промежини в 2 періоді пологів і після пологів.
5. Проводити профілактику розривів промежини (на фантомі).
6. Накладати шви при розриві промежини 1-2 ступеня (на фантомі).
7. Виконувати перінеотомію, епізіотомію (на фантомі).
8. Складати план обстеження при наявності рубця на матці.
9. Прогнозувати перебіг пологів при наявності рубця на матці.
10. Розпізнавати клінічні ознаки загрози розриву матки (за даними історії пологів).

11. Розпізнавати клінічні ознаки завершеного розриву матки (за даними історії пологів).
12. Оцінювати фактори ризику травми новонародженого (за даними історії пологів).
13. Розпізнавати травми новонародженого (при наявності новонароджених або за даними історії пологів).



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 24-25-29-18см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже хворобливі, роділля поводить себе неспокійно. Навколоплідні води відійшли 2 години тому. Круглі зв'язки матки болісні при пальпації, контракційне кільце на 2 пальці вище за пупок, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плоду 160 уд/хв., глухе. Плодовий міхур розкритий, відкриття шийкового вічка 8 см, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, палькується велике тім'ячко.



Який ймовірний діагноз? Яка акушерська тактика?



Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Кесарів розтин.

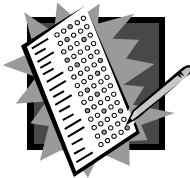
2. У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого доношеного плоду вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плоду в потиличній області була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід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



Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?



Травма піхви або розрив шийки матки. Огляд пологових шляхів, зашивання травмованих тканин.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

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



Який діагноз?



- A. Розрив шийки матки I ступеню
- B. Розрив шийки матки II ступеню*
- C. Розрив шийки матки III ступеню
- D. Розрив шийки матки IV ступеню

2. Повторнородяща 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний різучий біль в животі. Перейми продовжуються 6 годин. В анамнезі аборт з перфорацією стінки матки. Жіночу консультацію під час вагітності не відвідувала. Шкірні покриви бліді, вологі. Артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 уд/хв.. Контури матки нечіткі, під передньою черевною стінкою палькується голівка плоду. Серцебиття плоду не прослуховується.



Яка найвірогідніша причина розриву матки?



- A. Рубець на матці після перфорації*
- B. Анатомічно вузький таз
- C. Великий плід
- D. Переношена вагітність

3. Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня.



Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?



- A. Шкіра промежини
- B. Бічна стінка піхви
- C. М'язи промежини
- D. Слизова оболонка прямої кишки*

Тема 14. ПІСЛЯПОЛОГОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

I. Науково – методичне обґрунтування теми

Післяпологові інфекційні захворювання займають одне із провідних місць серед причин материнської захворюваності і смертності. Своєчасна діагностика та науково обґрунтоване лікування належать до найважливіших проблем акушерства. Близько 80% летальних наслідків поширених форм післяпологової інфекції зумовлені несвоєчасною діагностикою, пізнім хірургічним втручанням, неповним обсягом інтенсивної терапії. Ця тема потребує досконального вивчення лікарями загальної практики як для проведення ефективної профілактики, так і для надання кваліфікованої лікарської допомоги.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «післяпологова інфекція».
2. Визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція»?
3. Класифікацію післяпологових інфекційних захворювань
4. Етіологію і патогенез післяпологових інфекційних захворювань
5. Фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань
6. Клініку, діагностику і лікування післяпологової інфікованої рани.
7. Клініку, діагностику і лікування післяпологового ендометриту.
8. Клініку, діагностику і лікування лактаційного маститу.
9. Сучасну класифікацію септичних станів.
10. Основні принципи лікування акушерського сепсису.
11. Основні принципи лікування акушерського перитоніту.
12. Основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень
13. Профілактику післяпологових інфекційних захворювань.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Складати план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання.
4. Проводити аналіз результатів обстеження при післяпологових інфекційних захворюваннях.
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання.
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань, виписувати рецепти.
7. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях.
8. Проводити профілактику післяпологових інфекційних захворювань

III. Базові знання

1. Фізіологічні та функціональні особливості статевих органів жінок.
2. Фізіологічний післяпологовий період.
3. Крово- та лімфообіг тазових органів жінок.
4. Класифікація та характеристика збудників інфекційних захворювань.
5. Шляхи поширення інфекції.
6. Основи асептики і антисептики.

IV. Зміст навчального матеріалу

Післяпологові інфекційні захворювання безпосередньо пов'язані з вагітністю і родами, розвиваються в період від 2-3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені інфекцією (переважно бактеріальною).

Деякі поняття і терміни післяпологової інфекції

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна) – будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 діб після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі.

Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду ті нозологічної форми інфекції.

Інфекція не вважається внутрішньо лікарняною за умови:

- наявності у пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;
- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації.

Інфекція вважається внутрішньо лікарняною за умови:

- набуття її в лікарняному закладі;
- інтранатального інфікування.

Профілі антибіотикорезистентності – це сполучення детермінант резистентності кожного виділеного штаму мікроорганізму. Профілі антибіотикорезистентності характеризують біологічні особливості мікробної екосистеми, що сформувалася у стаціонарі. Постійне стеження за появою та циркуляцією в окремому стаціонарі штамів умовно патогенних мікроорганізмів (УПМ) з однаковими профілями антибіотикорезистентності має важливе значення для виявлення госпітальних штамів УПМ та вивчення епідеміології госпітальних інфекцій.

Госпітальні штами мікроорганізмів мають множинну стійкість принаймі до 5 антибіотиків:

- для штамів стафілококів – до метициліну (оксациліну) та/або ванкомицину;
- для штамів ентерококів – до ванкомицину;
- для ентеробактерій – до гентаміцину і/або до цефалоспоринових антибіотиків Ш-IV поколінь;
- для неферментуючих бактерій - до цефалоспоринових антибіотиків Ш-IV поколінь.

Класифікація

У країнах СНД протягом багатьох років використовується класифікація С.В.Сазонова- А.В. Бартельса, відповідно до якої різні форми післяпологової інфекції розглядаються як окремі етапи динамічного інфекційного (септичного) процесу, і діляться на обмежені й поширені. Дана класифікація не відповідає сучасним уявленням про патогенез сепсису. Істотно змінилося трактування терміну "сепсис" у зв'язку із введенням нового поняття - "синдром системної запальної відповіді".

Сучасна класифікація післяпологових гнійно-запальних захворювань припускає їхній розподіл на *умовно обмежені й генералізовані форми*. До умовно обмежених відносять нагноєння післяпологової рани, ендометрит, мастит. Генералізовані форми представлені перитонітом, сепсисом, септичним шоком. Наявність системної запальної відповіді у породіллі з умовно обмеженою формою захворювання вимагає інтенсивного спостереження й лікування як при сепсисі (див. далі класифікацію сепсису).

Післяпологова інфекція скоріше всього має місце при підвищенні температури тіла більше 38⁰С та болісної матки через 48-72 годин після пологів. У перші 24 години після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 години після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

У міжнародній класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10, 1995 р.) також виділяють наступні післяпологові інфекційні захворювання в рубриці післяпологовий сепсис:

085 Післяпологовий сепсис

Післяпологовий (а)

- ендометрит;
- лихоманка;
- перитоніт;
- септицемія.

086.0 Інфекція хірургічної акушерської рани

Інфікована (ий)

- рана кесарського розтину
- шов промежини після пологів

086.1 Інші інфекції статевих шляхів після пологів

- цервіцит після пологів
- вагініт після пологів

087.0 Поверхневий тромбофлебіт у післяпологовому періоді

087.1. Глибокий флеботромбоз у післяпологовому періоді

Тромбоз глибоких вен у післяпологовому періоді

Тазовий тромбофлебіт у післяпологовому періоді.

Етіологія

Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікробів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. В останнє десятиліття також певну роль у цих асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін.

Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Встановлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних й інфікуванням навколоплідних вод, ускладненнями вагітності (хоріонамніонитом, передчасними пологами, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями).

Незважаючи на велику розмаїтість збудників у більшості випадків при післяпологовому інфікуванні виявляються наступні:

- грампозитивні мікроорганізми (25%). Staphylococcus aureus - 35%, Enterococcus spp. - 20%, Coagulase-negative staphylococcus - 15%, Streptococcus pneumoniae -10%, і на інші грампозитивні - 20%.
- грамнегативні мікроорганізми (25%). Escherichia coli -25%, Klebsiella/Citrobacter - 20%, Pseudomonas aeruginosa - 15%, Enterobacter spp. - 10%, Proteus spp. - 5%, та інші - 25%.
- гриби роду Candida - 3%
- анаеробна флора - при спеціальних методах дослідження 20%
- невідновлена флора - в 25% випадків.

Патогенез

Запалення - це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника й ушкоджених тканин. Але в деяких випадках організм відповідає на інфекцію масивною надмірною запальною реакцією.

Системна запальна реакція - це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження.

У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як **"синдром системної запальної відповіді"** (ССЗВ - SIRS), і розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є токсини (екзо- і ендотоксини) і ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із самих потужних пускових факторів каскаду реакцій ССЗВ є липополісахарид (LPS) мембран грам-негативних бактерій.

В основі ССЗВ лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин – цитокинів (інтерлекіни IL1 й IL 6, фактор некрозу пухлинни TNF α , лейкотриєни, γ -інтерферон, ендотеліни, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініни, гістамін, тромбоксан A₂ й ін.), які мають патогенний вплив на ендотелій (порушують процеси коагуляції, мікроциркуляції), збільшують проникність судин, що приводить до ішемії тканин.

Виділяють три стадії розвитку ССЗВ (Bone R.S., 1996):

1-я стадія – *локальної продукції цитокинів* – у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани.

2-я стадія – *викид малої кількості цитокинів у системний кровоток* – контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу.

3-я стадія – *генералізованої запальної реакції* – кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками.

Генералізована запальна реакція (синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис. Класифікація сепсису представлена у відповідному розділі.

Фактори ризику

Можливими джерелами післяпологової інфекції, які можуть існувати і до вагітності, виявляються:

- 1) інфекція верхніх дихальних шляхів - особливо у випадку використання загальної анестезії;
- 2) інфікування епідуральних оболонок;
- 3) тромбофлебіт: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен;
- 4) інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит);
- 5) септичний ендокардит;
- 6) апендицит й інші хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень відносяться:

1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.
2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріонамніониту.
3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: накладення щипців, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожнини матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).

4. Інфекції репродуктивного тракту.
5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути:

- неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання;
- неправильний вибір обсягу й компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії;
- знижена або змінена імунореактивність макроорганізму;
- наявність важкої супутньої патології;
- наявність антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів;
- відсутність проведення якого-небудь лікування.

Клініка, діагностика й лікування умовно обмежених післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологова інфекція - переважно ранова. У більшості випадків первинне вогнище локалізується в матці, де ділянка плацентарної площадки після відокремлення плаценти є великою рановою поверхнею. Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції кесарського розтину інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки. Токсини й ферменти, які виробляються мікроорганізмами, що викликали ранову інфекцію, можуть потрапити в судинне русло при будь-якій локалізації первинного вогнища.

Таким чином, будь-яка умовно обмежена, локалізована захисною відповіддю післяпологова інфекція, може стати джерелом розвитку сепсису.

Характерні загальні клінічні прояви для запальної реакції:

- місцева запальна реакція: біль, гіперемія, набряк, місцеве підвищення температури, порушення функції ураженого органу;
- загальна реакція організму: гіпертермія, лихоманка. Ознаки інтоксикації (загальна слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску (АТ), тахипное) свідчать про розвиток ССЗВ.

При діагностиці враховуються дані:

- клінічні: огляд ушкодженої поверхні, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження ексудату, иммунограма;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД).

Клініка, діагностика і лікування інфікованої післяпологової рани

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гояться первинним натягом:

а) скарги

- на інтенсивний, нерідко пульсуючий біль в ділянці рани;
- на підвищення температури тіла – субфебрильна або до 38-39⁰С.

б) місцеві зміни:

- гіперемія навколо рани без позитивної динаміки;
- поява набряку тканини, що поступово збільшується;
- при пальпації визначається інфільтрація тканини, що часто збільшується, можливе виникнення глибоко розташованих інфільтратів (некротизуючий фасцит, що може поширюватися на сідниці, передню черевну стінку живота - часто фатальне ускладнення);
- серозний ексудат швидко переходить у гній.

Клінічні ознаки розвитку інфекції в ранах, які гоються вторинним натягом:

- прогресуючий набряк й інфільтрація тканини навколо рани;
- поява щільних хворобливих інфільтратів без чітких контурів;
- ознаки лімфангоїту й лімфаденіту;

- ранова поверхня покривається суцільним фібринозно-гнійним нальотом;
- уповільнення або припинення епітелізації;
- грануляції стають бліді або синюшні, їх кровоточивість різко зменшується;
- збільшується кількість ексудату, його характер залежить від збудника:
 - стафілокок спричиняє появу густого гною жовтуватих кольорів, а деякі штами викликають розвиток гнійної місцевої інфекції з утворенням вогнищ некрозу тканини й грязно-сірого гною з різким запахом;
 - для стрептокока характерна поява рідкого гною жовтувато-зелених кольорів, сукровиця;
 - колібацилярна й ентерококова інфекції спричиняють появу гною коричневих кольорів з характерним запахом;
 - синегнійна паличка (*Pseudomonas aeruginosa*) приводить до появи зеленого гною зі специфічним запахом.

Вид збудника також визначає клінічний перебіг ранової інфекції:

- для стафілококової інфекції характерний блискавичний розвиток місцевого процесу з вираженими проявами гнійно-резорбтивної лихоманки;
- стрептококова інфекція має тенденцію до дифузного поширення у вигляді флегмони, зі слабо вираженими місцевими ознаками;
- для синегнійної палички характерно млявий, затяжний перебіг місцевого процесу, після гострого початку, з вираженими проявами загальної інтоксикації.

Бактеріологічне дослідження ексудату проводиться з метою визначення збудника і його чутливості до антибіотиків. Збір матеріалу повинен виконуватися до початку антибіотикотерапії. Матеріалом для дослідження можуть бути ексудат, шматочки тканини, змиви з рани. Матеріал збирають стерильними інструментами й поміщають у стерильні пробірки або флакони зі стандартним середовищем. Посів матеріалу повинен бути виконаний протягом 2 годин після забору. Одночасно з узяттям матеріалу для бактеріологічного дослідження обов'язково зробити не менше двох мазків, пофарбованих по Граму, з метою орієнтовної експрес-діагностики.

Можуть використовуватися прискорені методи ідентифікації збудника ранової інфекції за допомогою систем мультімікротестів, тривалість методики 4-6 годин.

При відсутності мікробного росту в клінічному матеріалі необхідно виключити наступні причини:

- наявність у відправленому матеріалі високих концентрацій місцевих або системних антибактеріальних препаратів;
- порушення режиму збереження й транспортування зразків;
- методичні помилки в баклабораторії;
- ефективний контроль інфекційного ранового процесу антибактеріальними препаратами;
- наявність анаеробної інфекції.

Лікування. У більшості випадків проведення місцевого лікування буває достатнім. Лікування містить у собі хірургічні, фармакологічні й фізіотерапевтичні методи.

Хірургічна обробка рани

Первинна обробка рани виконується за первинними показаннями. Повторна первинна хірургічна обробка рани виконується у випадку, якщо перше оперативне втручання по тим або інших причинах було не радикальним і виникла необхідність повторного втручання ще до розвитку інфекційних ускладнень у рані.

Хірургічна обробка рани складається з:

- видалення з рани нежиттєздатних тканин, які є субстратом для первинного некрозу;
- видалення гематом (особливо глибоко розташованих);

- остаточна зупинка кровотечі;
- відновлення ушкоджених тканин.

Вторинна обробка рани виконується за вторинними показаннями, як правило, у зв'язку із гнійно-запальними ускладненнями рани. Повторна вторинна обробка рани при важких формах ранової інфекції може проводитися багаторазово. У більшості випадків вторинна хірургічна обробка рани включає:

- видалення вогнища інфекційно-запальної альтерації;
- широке розкриття карманів, запливів;
- повноцінне дренивання із забезпеченням відтоку ексудату;
- застосування місцевих антисептиків;

Фармакологічні методи - це антибіотикопрофілактика й антибіотикотерапія.

Антибіотикопрофілактика – це системне призначення антибактеріального препарату до моменту мікробної контамінації рани або розвитку післяопераційної ранової інфекції, а також при наявності ознак контамінації, за умови, що первинне лікування хірургічне. Антибіотикопрофілактика призначається при ризику інфікування масивних ран промежини, піхви й лапаротомної рани при кесарському розтині.

Принципи антибактеріальної профілактики:

- при кесарському розтині без ускладнень проводиться після відділення дитини шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі з урахуванням результатів виявлених госпітальних штамів та їх антибіотикорезистентності;
- у випадку виникнення ускладнень під час операції або виявленні ознак запального процесу цей же препарат можна використовувати й для антибіотикотерапії;
- продовження введення антибіотика після 24 годин з моменту закінчення операції не приводить до підвищення ефективності профілактики ранової інфекції;
- профілактичне передчасне призначення антибіотиків до оперативного втручання недоцільне, оскільки це призводить до порушення біоценозу шлунково-кишкового тракту і колонізації його верхніх відділів.

Антибіотикотерапія – це використання антибіотиків для тривалого лікування у випадку виникнення запального процесу. Антибіотикотерапія може бути:

- емпірична - заснована на використанні препаратів широкого спектру дії, активних відносно до потенційних збудників;
- цілеспрямована - використовуються препарати відповідно до результатів мікробіологічної діагностики.

Велике значення має місцеве використання антисептиків. Для очищення рани можна використовувати 10% розчин хлориду натрію, 3% перекис водню, 0,02% розчин хлоргексидину тощо. Для більш швидкого загоєння можна використовувати прокладки з левоміколевою, або левосиновою, або синтоміциною, або солкосериловою мазями тощо.

До фізіотерапевтичних процедур у період реконвалесценції належить УВЧ-індуктотерапія, ультрафіолетове опромінення, електрофорез із медикаментозними препаратами.

Профілактика ранової інфекції полягає в раціональному веденні пологів і післяпологового періоду, дотриманні асептики й антисептики.

Клініка, діагностика і лікування післяпологового ендометриту

Післяпологовий ендометрит (endometritis) - це запалення поверхневого шару ендометрію. Ендоміометрит (endomiometritis or metroendometritis) - це поширення запалення з базального шару ендометрію до міометрію. Панметрит (panmetritis) - це поширення запалення з ендометрію й міометрію до серозного шару матки.

Клініка

Початкова стадія післяпологового ендометриту може носити різну виразність і мати поліформну картину. Варто розрізняти класичну, стерту й абортивну форми ендометрита, а також ендометрита після кесарського розтину. Класична форма ендометрита звичайно розвивається на 3-5 добу після пологів. Для цієї форми характерні лихоманка, інтоксикація, зміна психіки, виражений лейкоцитоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, патологічні виділення з матки. При стертій формі ендометрита захворювання звичайно розвивається на 8-9 добу після пологів, температура субфебрильна, місцеві прояви мало виражені. Абортивна форма ендометрита перебігає так як і класична, але при високому рівні імунологічного захисту швидко припиняється. Ендоміометрит після кесарського розтину може ускладнюватися пельвіоперитонітом, перитонітом, який розвивається розвинути в 1-2 добу після операції.

Діагностика

Діагностика заснована на:

- клінічних даних: скарги, анамнез, клінічний огляд. При піхвовому дослідженні матка помірно чутлива, субінволюція матки, гнійні виділення;
- лабораторних даних: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень з шийки або/та матки, (крові й сечі при необхідності), иммунограма, коагулограма, біохімія крові;
- інструментальних даних: ультразвукове дослідження (УЗД).

Лікування

У більшості випадків лікування фармакологічне, але також можливо й хірургічне.

Комплексне лікування післяпологового ендометрита включає не тільки системну антибактеріальну, інфузійну, детоксикаційну терапію, але й місцеве лікування. Антибіотикотерапія може бути емпірична й цілеспрямована (див. вище). Перевага віддається цілеспрямованій антибіотикотерапії, що можливо при використанні прискорених методів ідентифікації збудника, використовуючи систему мультімікротестів. Якщо лихоманка триває протягом 48-72 годин після початку лікування, варто запідозрити резистентність збудника до застосовуваних антибіотиків. Лікування внутрішньовенними антибіотиками повинне тривати 48 годин після зникнення гіпертермії й інших симптомів. Таблетовані антибіотики варто призначати ще на найближчі 5 днів.

Треба враховувати, що антибіотики попадають у материнське молоко. Незріла ферментна система немовляти може не впоратися з повним виведенням антибіотиків, що може привести до кумулятивного ефекту. Ступінь дифузії антибіотика до грудного молока залежить від характеру антибіотика. В обмеженій кількості переходять до грудного молока пеніциліни, цефалоспорини, в значній кількості – аміноглікозиди, тетрацикліни, макроліди. Тому при їх призначенні припиняють грудне годування немовляти.

Місцевою терапією при ендометриті є проточно-промивне дренивання порожнини матки, із застосуванням двопросвітного катетеру, через який роблять зрошення стінок матки розчинами антисептиків, антибіотиків. Використовують охолоджені +4 °С 0,02% розчин хлоргексидину, 0,9% ізотонічний розчин хлориду натрію зі швидкістю 10мл/хв. Протипоказанням до аспіраційно-промивного дренивання матки є: неспроможність швів на матці після операції кесарського розтину, поширення інфекції за межі матки, а також перші дні (до 3-4 доби) післяпологового періоду. Якщо патологічні включення (згортки крові, залишки плодових оболонок) в порожнині матки шляхом промивного дренивання відмити не вдається, їх необхідно видалити вакуум-аспірацією або обережним кюретажем на тлі антибактеріальної терапії та нормальної температури тіла. При

відсутності даних умов кюретаж проводиться тільки за життєвими показаннями (кровотеча при наявності залишків плаценти).

До оперативного лікування прибігають у випадку неефективності консервативної терапії й при наявності негативної динаміки в перші 24-48 годин лікування, розвитку синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Хірургічне лікування полягає в лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами.

Правильне лікування післяпологового ендоміометриту становить основу профілактики розповсюджених форм інфекційних захворювань у породіль.

Лактаційний мастит

Лактаційний мастит - це запалення молочної залози (переважно однобічне) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається через 2-3 тижні після пологів.

Етіологія і патогенез

Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакюлярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко збудник поширюється з ендогенних вогнищ.

Фактори ризику:

- тріщини сосків;
- лактостаз.

Тріщини сосків можуть бути при пороках розвитку сосків, при пізньому прикладанні дитини до грудей, неправильній техніці годування грубому зціджуванні молока, індивідуального стану епітеліального покриву сосків, порушенні санітарно-епідеміологічних норм післяпологового періоду.

При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 годин, якщо більше 24 годин - тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

Класифікація

I. *За характером перебігу запального процесу* мастит може бути:

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний;
- інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий;
- гнійний (абсцедуючий): фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози;
- флегмонозний, гнійно-некротичний;
- гангренозний.

II. *За локалізацією вогнища* мастит може бути:

- підшкірним, субареолярним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клініка

Клінічна картина маститу характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38-39⁰С, дрожжю, болем в області молочної залози, що підсилюються при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина характерна для *серозного* маститу. При неефективному лікуванні протягом 1-3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко хворобливий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5-8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння – *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при

нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48-72 годин. У тих випадках, коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла при цьому 39-40⁰С, дрижи, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, хвороблива, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика

Діагностика заснована на наступних даних:

- клінічні: огляд молочної залози (див. у тексті), оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження ексудату, імунограма, коагулограма й біохімія крові;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД) - є одним із важливих методів діагностики маститу.

Лікування

Лікування може бути консервативне й хірургічне.

Антибіотикотерапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Необхідно враховувати: думка породіллі, анамнез (приміром, гнійний мастит в анамнезі, численні рубці на молочній залозі, протезування молочних залоз), проведену антибіотикотерапію, дані бактеріологічного й бактеріоскопічного дослідження ексудату, наявність і виразність тріщин сосків. Починаючи з інфільтративного маститу годівля дитини протипоказана через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення антибіотиків в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена, шляхом зціджування. При відсутності ефекту від консервативної терапії маститу протягом 2-3 діб та розвитку ознак гнійного маститу показане хірургічне лікування. Хірургічне лікування полягає в радикальному розрізі і адекватному дрениванні. Паралельно продовжують проводити антибіотикотерапію, дезінтоксикацію й десенсибілізуючу терапію. Своєчасне хірургічне лікування дозволяє попередити прогресування процесу, розвиток ССЗВ.

Профілактика

Профілактика післяпологового маститу полягає в навчанні жінок правилам грудного годування й дотримання правил особистої гігієни. Необхідно своєчасне виявлення й лікування тріщин сосків і лактостазу.

Клініка, діагностика й лікування генералізованої післяпологової інфекції

З позицій сучасних уявлень про сепсис - це типовий патологічний процес, що ускладнює перебіг різних захворювань інфекційної природи, основним змістом якого є неконтрольований викид ендогенних медіаторів з наступним розвитком генералізованого запалення й органно-системних ушкоджень, віддалених від первинного вогнища.

Сепсис не можна вважати результатом прямої дії мікроорганізму на макроорганізм, він є наслідком істотних порушень в імунній системі, що проходять у своєму розвитку етапи від стану надлишкової активації ("фази гіперзапалення"), до стану імунодефіциту, ("фази імунопараліча"). Імунна система організму є активним учасником аутодеструктивного процесу. Дуже часто при цьому септицемія (наявність мікробів у крові) відсутня.

Такі поняття визначили сучасну термінологію сепсису.

Класифікація

Американська асоціація анестезіологів, в 1992 р. запропонувала наступну класифікацію септичних **станів**, яка визнається більшістю вчених.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom – SIRS), маніфестує двома або більше ознаками:

- 1) температура тіла більше 38°C або нижче 36°C ;
- 2) ЧСС більше 90 уд/хв;
- 3) Частота дихання більше 20 у хвилину або PaCO_2 нижче 32 мм рт. ст.;
- 4) кількість лейкоцитів більше $12 \times 10^9/\text{л}$ або менш $4 \times 10^9/\text{л}$, незрілих форм більше 10%.

Сепсис – системна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, характерних для SIRS. Проявляється тими ж клінічними ознаками, що й SIRS.

Важкий сепсис – це сепсис, що характеризується порушенням функції органів, гіперперфузією тканин, артеріальної гіпотензією. Можливі ацидоз, олігурія, порушення свідомості. При розвитку важкого сепсису приєднуються наступні ознаки:

- тромбоцитопенія менш 100 тис/л, яку не можна пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня прокальцитоніна більше 6,0 нг/мл (А);
- позитивний посів крові на виявлення циркулюючих мікроорганізмів (А);
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест) (В).

Септичний шок (SIRS – шок) визначається як важкий сепсис із артеріальною гіпотензією, що розвивається, незважаючи на адекватну інфузійну терапію. Діагноз встановлюється, якщо до перерахованих вище клініко-лабораторних показників приєднуються:

- артеріальна гіпотензія (сistolічний тиск менш 90 мм рт.ст або зниження більш ніж на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня);
- порушення свідомості;
- олігурія (діурез менш 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO_2 менш 75 мм рт.ст. при диханні атмосферним повітрям);
- SpO_2 менш 90%;
- підвищення рівня лактата більше 1,6 ммоль/л;
- петехіальна висипка, некроз ділянки шкіри.

Синдром поліорганної недостатності – наявність гострого порушення функції органів і систем.

Діагностика

Для діагностики клінічних форм сепсису необхідно проводити наступні заходи у породіль з будь-якою формою післяпологової інфекції:

- 1) моніторинг: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску, лейкоцитів і формули крові;
- 2) підрахунок частоти дихання, оцінка рівня газів крові, SpO_2 ;
- 3) погодинний контроль діурезу;
- 4) вимір ректальної температури тіла мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;
- 5) посиви сечі, крові, виділень із цервікального каналу;
- 6) визначення кислотно-лужної рівноваги крові й насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості тромбоцитів і визначення вмісту фібриногену й мономерів фібрину;
- 8) ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини й рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.

Лікування

Основні принципи лікувальних заходів:

1. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії й адекватної інфузійної підтримки.

Оцінюючи артеріальний тиск, пульсовий артеріальний тиск, ЦВТ, ЧСС, діурез, визначають обсяг інфузійної терапії. Визначення ЦВТ в динаміці дає можливість контрольованої інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів з оцінкою обсягів введеної й втраченої рідини, препаратів крові.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксіетилкрохмалю (рефортан, венофундин, волювен, стабізол) і кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2. З метою корекції гіпопротеїнемії призначають тільки 20-25% р-н альбуміну. **Застосування 5-10% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих (А).**

В інфузію необхідно включати свіжозаморожену плазму 600-1000 мл, через наявність у ній анти тромбіну (В).

Використання глюкози недоцільно (В), тому що її призначення у хворих у критичних станах підвищує продукцію лактата й CO_2 , збільшує ішемічне ушкодження головного мозку й інших тканин. Інфузія глюкози використовується тільки у випадках гіпоглікемії й гіпернатріємії.

Інотропна підтримка застосовується у випадку, якщо ЦВТ залишається низьким. Вводять допамін у дозі 5-10 мкг/кг/хв (максимум до 20 мкг/кг/хв) або добутамін - 5-20 мкг/кг/хв. При відсутності стійкого підвищення АТ вводять норадреналіну гідротартрат 0,1-0,5 мг/кг/хв, одночасно зменшуючи дозу допаміну до 2-4 мкг/кг/хв. (А). Виправдано одночасне призначення налоксону до 2,0 мг, що сприяє підвищенню АТ (А).

У випадку неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе використання глюкокортикостероїдів (гідрокортизон – 2000 мг/добу (С)) разом з H_2 -блокаторами (ранітидин, фамотидін) (В).

3. Підтримка адекватної вентиляції й газообміну. Показаннями до ШВЛ служать: PaO_2 менш 60 мм рт.ст., PaCO_2 більше 50 мм рт.ст. або менш 25 мм рт.ст., SpO_2 менш 85%, частота дихання більше 40 у хвилину.

4. Нормалізація функції кишечника й раннє ентеральне харчування.

5. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

6. Вирішальним фактором є раціональний вибір антимікробних засобів, зокрема антибіотиків. Цілеспрямована антибактеріальна терапія можлива лише після визначення збудника й встановлення його чутливості до антибіотиків, що можливо, у найкращому разі не раніше 48 годин. Чекаючи ідентифікації застосовують емпіричну антибіотикотерапію, беручи до уваги характер первинного вогнища інфекції, функціональний стан печінки, нирок, імунної системи хворої.

Існуючи тенденції в антибактеріальній терапії гнійно-септичної інфекції складаються у використанні бактерицидних антибіотиків, а не бактеріостатичних; застосуванні менш токсичних аналогів (наприклад, нових поколінь аміноглікозидів або заміна їх фторхінолонами); заміні комбінованої антибіотикотерапії рівною мірою ефективною моноантибіотикотерапією; заміні імунопригнічуючих антибіотиків імуностимулюючими; використанні адекватних доз і режимів введення.

Виходячи з необхідності пригнічення росту всього передбачуваного спектра збудників акушерської інфекції (грамнегативних та грампозитивних аеробів й анаеробів) при емпіричній протимікробній терапії застосовують схеми комбінованої потрібної антимікробної терапії (наприклад, напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини + аміноглікозиди + імідазоли), подвійної антибіотикотерапії (наприклад, кліндаміцин + аміноглікозиди), моноантибіотикотерапії (цефалоспорини III покоління, карбопеніми, уреїдопеніциліни, амінопеніциліни й ін.)

Потрійна антимікробна терапія хоча і є активною відносно спектра збудників, але застосування великої кількості препаратів вносить додаткове навантаження на органи й системи, а зі збільшенням числа застосовуваних препаратів побічні дії антибіотикотерапії наростають. Подібна терапія передбачає найчастіше призначення антибіотиків групи напівсинтетичних пеніцилінів (ампіцилін, оксацилін) або цефалоспоринів I-II генерацій (цефазолін, цефалексин, цефуроксим), які найбільш ефективні у відношенні грампозитивних аеробних збудників (стафілококів), менш ефективні при грамнегативних аеробних збудниках, не діють на псевдомонад (синегнійну паличку) і анаеробів. Ефективність такого комплексу підвищується за рахунок призначення аміноглікозидів (гентаміцин, тобраміцин, амікацин, нетроміцин), які високо ефективні й у відношенні грамнегативних аеробних бактерій (ентеробактерії, синегнійна палички). Високою ефективністю у відношенні анаеробів, включаючи бактероїди, володіють препарати групи імідазолов (метронідазол, орнідазол, тинідазол). У зв'язку з вищевикладеним популярний потрійний режим антибіотикотерапії при важкій формі гнійно-септичних захворювань не можна вважати раціональним.

Подвійна антибіотикотерапія найчастіше передбачає призначення препаратів групи лінкозамидів (кліндаміцин), які мають широкий спектр у відношенні анаеробних бактерій і грампозитивних аеробів, а для впливу на грамнегативну флору додатково призначаються аміноглікозиди. Запропоновані також комбінації цефалоспоринів III покоління з імідазолами, β -лактамі антибіотики з аміноглікозидами.

Моноантибіотикотерапія може бути проведена препаратами, спектр дії яких охоплює грамнегативні та грампозитивні аероби й анаероби: цефалоспорини III покоління, карбопеніми. При важкому перебігу сепсису найбільш прийнятні препарати групи карбопенімів (іміпінем+циластин натрію, меропенем).

З огляду на останні досягнення науки в сфері вивчення патогенезу сепсису й ССЗВ, особливо варто зупинитися на клінічному значенні вивільнення ендотоксину (LPS), що індукується антибіотиками. У цьому зв'язку має важливе клінічне значення питання про ступінь індукування токсинування різними антибіотиками. Утворення ендотоксину, індуковане антибіотиками, зростає в наступному порядку: карбопеніми - найменше; аміноглікозиди; фторхінолони; цефалоспорини - найбільше.

До складу антимікробної терапії обов'язковим є включення антикандидозних препаратів (ністатин, флуконазол, ітраконазол та ін.).

7. Оцінка патофізіологічних і патобіохімічних розладів, які можуть бути виділені в наступні синдроми: нирковий, печінковий, різні варіанти серцево-судинної й дихальної недостатності, ДВЗ-синдром, розлади мікроциркуляції, дисфункція шлунково-кишкового тракту з явищем транслокації бактеріальної флори в лімфатичну систему, а потім й у системний кровоток з розвитком синдрому поліорганної недостатності. Патобіохімічні розлади проявляються порушеннями водно-електролітного, кислотно-лужного балансів й ін. Кожний із синдромів вимагає свого підходу, індивідуального застосування певних методів і засобів, які охоплюють всі розділи інтенсивної терапії.

8. Поліпшення мікроциркуляції (застосування пентоксифіліну або діпірідамолу) Застосування пентоксифіліну (тренталу) поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, має судинорозширювальну дію й поліпшує постачання тканин киснем, що є важливим у профілактиці ДВЗ і ПОН.

9. Антимедіаторная терапія. З огляду на вирішальну роль у розвитку ССЗВ масивного викиду медіаторів запалення (цитокинів) у судинне русло, застосування антимедіаторної терапії є раціональним. Дані методи перебувають на етапі клінічних розробок, хоча деякі рекомендовані для клінічного застосування: антиоксиданти (вітамін Е, N-ацетілцистеїн, глутатіон), кортикостероїди (дексаметазон), лізофілін, інгібітори фосфодіестерази (амрінон, мілрінон, пентоксифілін) і аденозіндезамінази (діпірідамол), аденозін й альфаадреноблокатори.

В літературних джерелах останніх років надається інформація про Дротрекогін альфа (Drotrecogin alfa) - рекомбінантний людський активований протеїн С. Це новий

препарат у лікуванні пацієнтів тільки з важким сепсисом, поліорганною недостатністю. Активованій протеїн С - це ендogenousний протеїн, що підтримує фібрinolіз, пригнічує тромбоз, а також має протизапальні властивості. Стандарт лікування, який використовується у Великобританії з 2004 р. – це дротрекогін альфа 24 мкг/кг маси тіла протягом 96 годин.

10. Хірургічне лікування з вилученням вогнища інфекції.

Показаннями до лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами є:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії (24 години);
- ендоміометрит, який не піддається консервативному лікуванню (24-48 годин);
- маткова кровотеча;
- гнійні утворення у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плаценти.

11. Екстракорпоральне очищення крові (детоксикація) є перспективним направленням в корекції порушень гомеостазу у важких хворих. З цією метою застосовують: гемодіаліз, ультрафільтрацію, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, плазмаферез.

Особливості клініки, діагностики й лікування акушерського перитоніту

Перитоніт в акушерській практиці розвивається частіше після кесарського розтину. Залежно від шляху інфікування очеревини виділяють кілька форм захворювання. Ранній перитоніт виникає на 1-3 добу після операції. Він, як правило, обумовлений інфікуванням під час операції, що проводилася на тлі хоріонамніоніту.

Перитоніт, пов'язаний з парезом кишечника, розвивається на 3-5 добу після операції. Він пов'язаний з порушенням бар'єрної функції кишечника внаслідок його динамічної непрохідності, з перерозтягненням тонкого кишечника за рахунок рідкого вмісту й газів.

Перитоніт внаслідок неповноцінності рани на матці частіше розвивається на 4-9 добу після операції. Таке розподілення на клінічні форми досить умовно, однак істотно впливає на вибір лікувальної тактики

Клініка

Клінічні ознаки перитоніту містять у собі гіпертермію, здуття живота й парез кишечника (відсутність перистальтики), скупчення рідкого вмісту в шлунку, задишку, тахікардію, блювоту, інтоксикацію, що наростає, ознаки подразнення очеревини. Терапевтичні заходи дають тимчасовий ефект, через 3-4 години знову підсилюється парез кишечника й інші ознаки перитоніту.

УЗ-ознаки перитоніту: роздуті, заповнені гіперехогенним вмістом петлі кишечника, виражена гіперехогенність кишкової стінки, наявність вільної рідини в черевній порожнині між петлями кишечника, у латеральних каналах і просторі позаду матки. Про неповноцінність швів на матці свідчать нерівномірна товщина стінки матки в проекції шва, наявність у цій ділянці "ніші" й "рідинних структур".

Лікування

При лікуванні раннього перитоніту виправдана інтенсивна консервативна терапія протягом 8 -12 годин (див. лікування сепсису). Необхідно забезпечити відтік з матки, стимулювати функцію кишечника. При відсутності ефекту від консервативної терапії протягом зазначеного часу показана лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини, екстирпація матки із матковими трубами. За останні півтора десятка років були запропоновані нові підходи й методики хірургічного лікування абдомінального сепсису, і зокрема гнійного перитоніту. До них належать: закритий метод (пасивне й активне дренивання, перитонеальний діаліз, релапаротомія "на вимогу"(при наявності показань)), напіввідкритий (етапні ревізії й санації "за програмою", санація в

міжопераційний період, тимчасове закриття лапаротомної рани), відкритий (лапаростомія).

Особливості клініки, діагностики й лікування інфекційних тромботичних ускладнень

Поверхневий тромбофлебіт

Гострий тромбофлебіт проявляється болем по ходу ураженої вени. Скарги на місцеве відчуття жару, почервоніння й хворобливість по ходу підшкірної вени. Вена пальпується у вигляді щільного хворобливого шнура, гіперемія може поширюватися за межі ущільнення вени, може мати місце інфільтрація тканин, що лежать поряд, лімфаденіт. Загальний стан породіллі при цьому порушується мало, субфебрильна температура, прискорений пульс.

Тромбофлебіт глибоких вен

Скарги на розпираючий біль на боці ураження, набряк ураженої кінцівки та зміну кольору шкірних покривів. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії компенсації: підвищення температури тіла (часто перша і єдина ознака венозного тромбозу), відсутні виражені порушення венозної гемодинаміки. Об'єктивні прояви, що відповідають стадії декомпенсації: інтенсивний біль, що нерідко змінює свою локалізацію; відчуття важкості і напруження; набряк захоплює всю кінцівку, порушення лімфовідтоку, збільшуються регіонарні лімфатичні вузли; змінюється колір шкіри від блілого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика інфекційних тромботичних ускладнень

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах:

- оцінка ступеня емболонебезпечності – визначення рівня D-дімера в плазмі (D-dimer-test);
- тромбоеластограма, коагулограма;
- визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові (FM-тест, monotest-FM);
- визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі (FDP PLASMA)

Застосовують інструментальні методи дослідження: дуплексне ультразвукове ангиосканування з кольоровим доплерівським картуванням; радіонуклідне дослідження з міченим фібриногеном, рентгеноконтрастна ретроградна ілеокавографія.

Септичний тромбофлебіт тазових вен. При ендоміометриті інфекційний агент попадає у венозний кровоток, вражає ендотелій судин і сприяє утворенню тромбів, в основному превалює анаеробна інфекція. В процес залучаються вени яєчника, тромби можуть проникати в нижню порожнисту, ниркову вену. Скарги на біль внизу живота з іррадіацією в спину, пах, може бути нудота, блювота, здуття живота, лихоманка. При піхвовому дослідженні пальпується потовщення у вигляді каната в області кутів матки. При септичному тромбофлебіті може бути міграція дрібних тромбів у легеневу циркуляцію.

Лікування

Лікування тромботических ускладнень у післяпологовому періоді поряд з антибіотиками й дезінтоксикацією повинне включати:

- а) ліжковий режим з розміщенням нижньої кінцівки на шині Беллера до моменту зникнення вираженого набряку або призначення антикоагулянтної терапії;
 - локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка;
 - еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів;
 - корекція характеру акта дефекації із застосуванням проносних засобів (попередження натужування);

б) медикаментозна терапія:

- антикоагулянти у гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти – гепарин, низькомолекулярні гепарини – фраксипарин, пентоксан, клексан, фрагмін та ін. з переходом на непрямі антикоагулянти;
- непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів на строк до 3-6 місяців;
- гемореологічні активні засоби – пентоксифілін, реополіглюкін, з наступним переходом на антитромбоцитарну терапію – аспірин, плавікс терміном до 1 року;
- засоби, що поліпшують флебогемодинаміку – флебодія, детралекс, ескузан протягом 4-6 тижнів;
- системна ензимотерапія – вобензим, флобензим, біозин.

в) місцеве лікування, яке проводиться з 1-ї доби захворювання:

- локальна гіпотермія;
- застосування мазей на основі гепарину – гепаринова, троксовазінова, Ліотон 1000, або нестероїдних протизапальних препаратів – фастум-гель, диклофенак-гель.

Профілактика післяпологових інфекційних захворювань

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень необхідна правильна організація роботи жіночої консультації (санація хронічних септичних вогнищ), пологового блоку, післяпологових палат, суворе дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів та догляду за породіллею, ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції.

Велике значення мають запобігання під час пологів травматизму, боротьба з крововтратою та зниження частоти оперативних втручань під час пологів. Слід запобігати передчасному вилиттю навколоплідних вод, своєчасно лікувати відхилення от фізіологічного перебігу пологів (слабкість пологової діяльності), проводити антибіотикопрофілактику за показаннями.

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – науково – методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у післяпологовому відділенні і в обсервації. Збирання анамнезу у породіль, оцінювання факторів ризику післяпологової інфекції, аналіз результатів лабораторного і інших методів дослідження, встановлення діагнозу, складання плану додаткового дослідження, диференціальна діагностика. Студенти складають план лікування у дослідженої породіллі, виписують рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових інфекційних захворювань. При відсутності тематичних породіль студенти проводять аналіз історій пологів з септичними ускладненнями. Складають план профілактики післяпологових інфекційних ускладнень.

В. Заключний – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: післяпологове та обсерваційне відділення, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, фантоми, слайди, історії пологів з відповідною патологією, лабораторні аналізи, контрольні запитання і задачі.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення поняття «післяпологова інфекція»?
2. Яке визначення поняття «внутрішньо лікарняна (госпітальна) інфекція»?
3. Яка класифікація післяпологових інфекційних захворювань?
4. Яка етіологія післяпологових інфекційних захворювань?
5. Який патогенез післяпологових інфекційних захворювань?
6. Які фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань?
7. Яка клінік і діагностика післяпологової інфікованої рани?
8. Які методи лікування післяпологової інфікованої рани?
9. Які клінік і діагностика післяпологового ендометриту?
10. Які методи лікування післяпологового ендометриту?
11. Які клінік і діагностика і лікування лактаційного маститу?
12. Які методи лікування лактаційного маститу?
13. Яка сучасна класифікація септичних станів?
14. Які основні принципи лікування акушерського сепсису?
15. Які клінік і діагностика акушерського перитоніту?
16. Які основні принципи лікування акушерського перитоніту?
17. Які клінічні форми інфекційних тромботичних ускладнень в акушерстві?
18. Які основні принципи лікування акушерських тромботичних ускладнень?
19. Яка профілактика післяпологових інфекційних захворювань?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Оцінювати фактори ризику післяпологових інфекційних захворювань у обстежених вагітних і породіль.
2. Прогнозувати ризик післяпологових інфекційних захворювань.
3. Скласти план обстеження при підозрі на післяпологові інфекційні захворювання у породіль.
4. Проводити аналіз результатів обстеження у породіль, що знаходяться в обсерваційному відділенні.
5. Діагностувати післяпологові інфекційні захворювання у породіль або за даними історії пологів.
6. Призначати лікування післяпологових інфекційних захворювань породіллям або за даними історії пологів.
7. Виписувати рецепти на ліки, що застосовують при лікуванні післяпологових інфекцій.

8. Оцінювати показання до хірургічного втручання при післяпологових інфекційних захворюваннях (за даними історії пологів).
9. Складати план профілактику післяпологових інфекційних захворювань.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Пароділля 28 років. Пологи перші, термінові. Завершилися операцією кесарева розтину з приводу слабкості пологової діяльності, дистресу плода. Післяопераційний період 2 доба. З'явилась гикавка, блювота, головний біль. Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкірні покриви бліді. Губи та язик сухі. Температура 38,5°C; Пульс – 120 уд/хв; АТ 110/60 мм рт. ст. Живіт болісний, піддутий. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При аускультатії кишок – перистальтика відсутня.



Який ймовірний діагноз?



Післяопераційний період 2 доба, післяопераційний перитоніт.

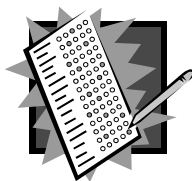
2. Пароділля 22 років. Третя доба післяпологового періоду. В пологах була проведена епізіотомія через загрозу розриву промежини. З'явилися скарги на інтенсивний, пульсуючий біль в ділянці рани. Підвищення температури тіла до 38, 0°C. При огляді епізіотомної рани: гіперемія навколо рани, набряк тканин. При пальпації визначається інфільтрація.



Який найвірогідніший діагноз? Яка лікарська тактика?



Інфікована рана промежини. Зняти шви, розкрити рану, провести її дренивання, застосовувати місцеві антисептики.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. При огляді пароділлі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс – 110 уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів $12,2 \times 10^9/\text{л}$, паличко ядерних – 12%.



Який ймовірний діагноз?



- A. Післяпологовий ендометрит*
- B. Післяпологовий мастит
- C. Післяпологовий перитоніт
- D. Субінволюція матки

2. При огляді породіллі на 7-му добу післяпологового періоду встановлено: загальний стан середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,20С, Пульс – 110 уд/хв. Живіт безболісний, симптоми подразнення очеревини відсутні. При вагінальному дослідженні: шийка матки сформована, цервікальний канал пропускає 1 поперек пальця, тіло матки збільшене до 12-13 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Виділення гноєподібні. В аналізі крові: лейкоцитів $12,2 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерних – 12%.



Які ліки раціонально призначити?



- A. Антибіотики*
- B. Анальгетики
- C. Кортикостероїди
- D. Антикоагулянти

МОДУЛЬ IV. ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Тема 1. Методи планування сім'ї

I. Науково – методичне обґрунтування теми

Планування сім'ї - комплекс медико-соціальних заходів для забезпечення раціонального регулювання репродуктивної функції жінки. Знання основ цієї проблеми дає можливість лікарям загальної практики проводити ефективну просвітницьку діяльність з метою збереження здоров'я жінок і майбутнього потомства. Раціональна контрацепція є заставою зменшення кількості абортів.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Визначення поняття «планування сім'ї».
2. Принципи вибору метода контрацепції.
3. Обстеження перед вибором метода контрацепції.
4. Методи оцінки ефективності контрацепції.
5. Класифікацію оральних контрацептивів (КОК).
6. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КОК.
7. Типи контрацептивів прогестагенового ряду (КПР).
8. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КПР.
9. Типи прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК).
10. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ПІК.
11. Типи трансдермальних терапевтичних систем (ТТС)
12. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ТТС.
13. Правила прийому, протипоказання, побічні ефекти застосування комбінованих вагінальних кілець.
14. Особливості лактаційної аменореї як метода контрацепції.
15. Правила застосування, протипоказання, побічні ефекти внутришньоматкової контрацепції (ВМК).
16. Особливості невідкладної контрацепції.
17. Спосіб використання бар'єрних методів контрацепції.
18. Особливості застосування природних методів планування сім'ї (ППС).
19. Особливості післяпологової контрацепції.
20. Особливості післяабортної контрацепції.

У результаті проведення заняття студент повинен уміти:

1. Ознайомити сімейну пару з принципами вибору контрацепції.
2. Ознайомити сімейну пару з методами контрацепції.
3. Провести обстеження перед вибором метода контрацепції.
4. Вибрати раціональний метод контрацепції для сімейної пари.
5. Оцінювати протипоказання до різних методів контрацепції.
6. Оцінювати небажані і побічні ефекти різних методів контрацепції.
7. Надавати рекомендації по ліквідації небажаних ефектів контрацепції.

III. Базові знання

1. Регуляція функцій репродуктивної системи.
2. Запліднення.
3. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.

IV. Зміст навчального матеріалу

Планування сім'ї – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Принципи вибору контрацепції

1. Надання вичерпної інформації щодо методів та засобів контрацепції.
2. Поінформоване бажання жінки/ партнерів застосовувати метод контрацепції.
3. Вибір контрацептиву відповідно до стану здоров'я жінки/ партнерів.
4. Вибір контрацептиву відповідно до віку жінки/ партнерів.
5. Вибір контрацептиву з урахуванням можливостей жінки/ партнерів.

Обстеження, яке проводиться перед застосуванням будь-якого методу контрацепції. У цьому випадку мається на увазі обстеження, що застосовується до осіб, які вважаються здоровими та пройшли профілактичний огляд протягом року.

Гінекологічний огляд не є обов'язковим для рекомендації і використання гормональних контрацептивів, але рекомендується з профілактичною метою не рідше одного разу на рік. Однак, детально збираються анамнестичні дані. Профілактичний огляд включає вимірювання АТ; клінічне обстеження молочних залоз; пальпація живота; гінекологічний огляд; мазок на онкоцитологію. Наявність будь-яких захворювань чи інших станів специфічного характеру може вимагати проведення додаткового обстеження перед тим, як рекомендувати пацієнтам той чи інший метод контрацепції.

Для оцінки ефективності методу контрацепції застосовують *індекс Перля*, що показує, скільки жінок із 100 завагітніли, використовуючи той, або інший метод контрацепції на протязі одного року.

Основні методи контрацепції. Індекс Перля

1. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) – 0,1- 0,9
2. Контрацептиви прогестеронового ряду (КПР) – 0,08-0,09
3. Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви (ПІК) – 0,3-1,4
4. Гормональні пластирі – 0,4-0,9
5. Комбіновані вагінальні кільця – 0,4-0,65
6. Метод лактаційної аменореї – 2-3
7. Внутрішньоматкові контрацептиви - 0,9-3
8. Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом – 0,1-0,5
9. Невідкладна контрацепція – 1-2
10. Бар'єрні методи та сперміциди – 2- 14
11. Природні методи контрацепції - 3- 18

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК)

Класифікація

Сучасні КОК можна розділити на 2 групи: комбіновані та однокомпонентні (міні-пілі). У свою чергу, серед комбінованих КОК розрізняють одно-, дво- і трифазні. На сьогоднішній день немає доказів щодо переваг трифазних КОК.

Типи оральних контрацептивів

Монофазні: 21 активна таблетка містить однакову кількість естрогену та прогестину (Е/П).

Двофазні: 21 активна таблетка містить 2 різні комбінації Е/П (наприклад, 10/11).

Трифазні: 21 активна таблетка містить 3 різні комбінації Е/П (наприклад, 6/5/10).

Існують 2 види упаковок таблеток. В одних упаковках по 28 таблеток: 21 активна

таблетка, яка містить гормони і 7 таблеток іншого кольору, які не містять гормонів - плацебо. В упаковках іншого виду – тільки 21 активна таблетка.

ПЕРЕЛІК ТА СКЛАД СУЧАСНИХ ОК

I. Монофазні КОК			
Мерсілон	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Логест	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Ліндинет-20	21 табл.	0,02 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Джаз 24+4	28 табл.	0,02 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Марвелон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Ярина	21 табл.	0,03 мг 3 мг	етинілестрадіол дроспіренон
Фемоден	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Жанін	21 табл.	0,03 мг 2 мг	етинілестрадіол дієногест
Ліндинет-30	21 табл.	0,03 мг 0,075 мг	етинілестрадіол гестоден
Новінет	21 табл.	0,02 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Регулон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
Ригевідон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Ригевідон 21+7	28 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел фумарат заліза
Мікрогінон	21 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Мінізистон	21 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
Сілест		0,035 мг 0,15 мг	етинілестрадіол левоноргестрел

III. Трифазні КОК			
<i>Три-мерсі</i>	7 табл.	0,035 мг 0,05 мг	Етинілестрадіол дезогестрел
	7 табл.	0,03 мг 0,1 мг	етинілестрадіол дезогестрелу
	7 табл.	0,03 мг 0,15 мг	етинілестрадіол дезогестрел
<i>Триквілар</i>	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	
<i>Три-Регол</i>	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	
<i>Три-Регол 21+7</i>	6 табл.	0,03 мг 0,05 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	5 табл.	0,04 мг 0,075 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	10 табл.	0,03 мг 0,125 мг	етинілестрадіол левоноргестрел
	7 табл.		з фумаратом заліза
IV. Міні-пілі			
<i>Екслютон</i>	28 табл.	0,5 мг	Лінестренол

Жінки, які можуть використовувати КОК:

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, які ще не народжували;
- жінки, які потребують або бажають використовувати вискоєфективний метод попередження небажаної вагітності;

- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки з дисменореєю та хронічними тазовими болями;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з передменструальними симптомами;
- жінки з такими гіперандрогенними станами як акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню;
- жінки з варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

Правила прийому: по одній таблетці щоденно в один і той самий час. Почати наступну упаковку без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо в упаковці 21 таблетка, то зробити перерву на 7 днів перед початком нової упаковки.

Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо вагітність відсутня (якщо прийом почати після 5 дня, рекомендується допоміжний метод протягом 7 днів).

Дії за умови пропуску таблеток:

Пропущена 1 активна таблетка	Приймається пропущена таблетка, а потім наступну – у відповідний звичний для пацієнтки час
Пропущені 2 і більше активних таблеток	Приймається по 2 таблетки на день, поки не досягається визначений інструкцією контрацептиву графік і застосовується додатковий метод протягом 7 днів
Пропущені неактивні таблетки	Викидаються пропущені таблетки та закінчується прийом за графіком

Жінки, які не повинні використовувати КОК:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують груддю;
- жінки з вагінальною кровотечею, причина якої нез'ясована (до встановлення причини);
- жінки з тяжкими захворюванням печінки або жовтяницею;
- жінки, що мають доброякісну чи злоякісну пухлину печінки у даний час або в анамнезі;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);
- жінки з систолічним тиском більше 160 мм.рт.ст. та діастолічним – більше 100 мм.рт.ст.;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу діабету в анамнезі;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози чи статевих органів або мають його в анамнезі;
- жінки з мігрєнями та осередковими неврологічними симптомами;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток;
- жінки, що мають алергію на будь-які компоненти КОК;

- жінки старше 35 років, які палять.

Пацієнтці необхідно звернутися до спеціаліста з ПС або жіночу консультацію, якщо немає менструальноподібної реакції:

- під час прийому неактивних таблеток (упаковка 28 таблеток);
- протягом тижня без таблеток (упаковка 21 таблетка).

Побічні ефекти

Побічний ефект	Рекомендації
Нудота	Прийом таблетки здійснюється перед сном або після вечері
Діарея або блювання	Застосування допоміжного методу протягом 7 днів
Кров'янисті виділення або кровотеча	Див. алгоритм „Кровотеча/мажучі кров'янисті виділення при використанні КОК”
Жовтяниця	Припиняється прийом КОК, консультація спеціаліста
Масталгія	Припиняється прийом КОК через 3 місяці у разі зберігання симптому
Аменорея	Обстеження на наявність вагітності. За умови відсутності вагітності можливе продовження прийому КОК в залежності від репродуктивних планів жінки

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Підвищений АТ	Призначається та продовжується використання КОК тільки після ретельної оцінки стану. Жінки з АТ <160/100 можуть використовувати КОК.
Діабет	КОК можуть бути використані у випадку неускладненого діабету при можливості корекції дози інсуліну.
Мігрені	Якщо головні болі не пов'язані з опосередкованими неврологічними симптомами та не є гормонально залежними, КОК можна використовувати.
Тютюнопаління	При застосуванні КОК варто рекомендувати припинити паління, особливо якщо вік жінки перевищує 35 років.

НАСТОРОЖУЮЧІ ОЗНАКИ ДЛЯ КОРИСТУВАЧІВ КОК

- Сильний біль у грудях або задишка.
- Сильні головні болі або порушення зору, які почались або посилились після початку прийому комбінованих оральних контрацептивів.
- Сильні болі в нижніх кінцівках.
- Повна відсутність будь-яких кровотеч або виділень протягом тижня без таблеток (упаковка з 21 таблетки) чи під час використання 7 неактивних таблеток (із 28-денної упаковки), що може бути ознакою вагітності.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

Мажучі кров'янисті виділення при використанні КОК

Мажучі кров'янисті виділення та кровотечі „прориву” звичайно спостерігаються у перші 3 місяці використання комбінованих оральних контрацептивів (КОК).

Якщо застосування КОК почалося протягом останніх трьох місяців, інформують пацієнтку, що може виникнути кровотеча „прориву”, що найчастіше не шкодить здоров'ю. Якщо кровотеча продовжується довгий час і стає проблемою для пацієнтки, допомагають їй вибрати інший метод.

КОНТРАЦЕПТИВИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (КПР)

ПТП = протизаплідні таблетки прогестогенового ряду

ПІК = прогестогенові ін'єкційні контрацептиви

ПРОТИЗАПЛІДНІ ТАБЛЕТКИ ПРОГЕСТОГЕНОВОГО РЯДУ (ПТП)

ПТП – таблетки, що містять тільки гестогенний компонент (лінестренол). Упаковка з 28 таблеток: 0,5 мкг лінестренолу. Всі таблетки в упаковці активні (гормональні).

Жінки, які можуть використовувати ПТП:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати ефективний захист від вагітності;
- годуючі матері, що потребують контрацепції;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які палять (будь-якого віку, що викаркують будь-яку кількість сигарет у день);
- жінки з анемією;
- жінки, які не хочуть використовувати або яким не рекомендуються контрацептиви, що містять естроген;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з захворюваннями серця та щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, міомою.

Правила прийому: по одній таблетці кожний день. Якщо жінка не годує грудьми, необхідно приймати таблетки в один і той же час: в цьому випадку затримка у прийомі чергової таблетки всього на декілька годин підвищує ризик небажаної вагітності.

Пропуск таблеток: якщо жінка забула прийняти одну чи більше таблеток, вона повинна негайно прийняти одну таблетку, як тільки про це згадала, а потім продовжити звичайний графік використання методу.

У випадку, коли жінка після пологів з невідновленим менструальним циклом незалежно від лактації запізнилась з прийомом чергової таблетки більше, ніж на 3 години, необхідно протягом наступних 48 годин утримуватись від статевих стосунків або використовувати бар'єрні засоби.

Показання / мови прийому	Коли починати
Грудне годування	Через 6 тижнів після пологів
Після пологів, якщо жінка не годує груддю	В будь-який час впродовж 4 тижнів після пологів або пізніше, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.
Після викидня або абортів	Впродовж перших 7 днів або пізніше, якщо є впевненість, що жінка не вагітна.
Після припинення використання іншого методу контрацепції	Відразу.

Менструальний цикл	<p>В будь-який день менструального циклу, якщо остаточно відомо, що жінка не вагітна:</p> <ul style="list-style-type: none"> • якщо перша таблетка вжита в один з перших 5 днів менструального циклу, додаткових методів використовувати непотрібно; • якщо жінка почала приймати таблетки пізніше, необхідно, як мінімум, впродовж 48 годин використовувати бар'єрні засоби або уникати статевих стосунків.
--------------------	--

Жінки, які не повинні використовувати ПТП:

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами (до встановлення їхньої причини);
- жінки, які не бажають змін менструального циклу;
- жінки, які вживають протисудомні (фенітоїн і барбітурати) чи протитуберкульозні (рифампіцин) препарати;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози або мають його в анамнезі;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток в один і той же час;
- жінки, які мають алергію на компоненти методу

НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РАЗІ ТИПОВИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ТА ВИНИКНЕННЯ ІНШИХ ПРОБЛЕМ

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	<p>Обстеження на предмет наявності вагітності. У разі відсутності вагітності – консультування щодо виниклих проблем. У випадку маткової вагітності визначають подальшу тактику в залежності від репродуктивних планів жінки. Якщо вагітність буде виношуватись, рекомендується припинити використання таблеток (невелика доза прогестину (ЛНГ) не нашкодить плоду).</p> <p>При підозрі на ектопічну вагітність – направляється для повного обстеження та лікування.</p>
Вагінальні кров'яністі виділення	<p>Якщо причина кров'янистих виділень обумовлена прийомом ПТП (вагітність відсутня) і не є проблемою для пацієнтки – лікування не проводиться.</p> <p>Якщо стурбованість пацієнтки не проходить після консультування, їй допомагають вибрати інший метод.</p>

Стани, що вимагають обережності за умови прийому контрацептивів

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Інсульт	Уникати використання ПТП, за винятком тих випадків, коли більш оптимальні методи недоступні чи неприйнятні.
Захворювання печінки	Використання можливе після детального обстеження та за умови неможливості підібрати інший метод контрацепції.

Насторожуючі ознаки для користувачів протизаплідних таблеток прогестогенового ряду (ПТП)

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).

- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази довша чи в 2 рази більша за об'ємом від нормальної) або тривала (>8 днів) менструація.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

ПРОГЕСТОГЕНОВІ ІН'ЄКЦІЙНІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ПІК)

Типи

Депо-Провера:	150 мг депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА), ін'єкційні кожні 3 місяці. Ін'єкція може бути зроблена до 2- 4 тижнів (28 днів) раніше або до 2-4 тижнів (28 днів) пізніше визначеного строку.
Нористерат:	200 мг норетистерон енантату (НЕТ-ЕН), ін'єкційні кожні 2 місяці. Ін'єкція може бути зроблена за 2 тижні (14 днів) раніше або на 2 тижні (14 днів) пізніше визначеного строку.

Жінки, які можуть використовувати ПІК:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі, а також жінки, які не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- годуючі матері (6 або більше тижнів після пологів), що потребують контрацепції;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які мають бажану кількість дітей, але не хочуть скористатися добровільною стерилізацією;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки, які палять (незалежно від віку і кількості сигарет, що випалюють на день);
- жінки з АТ < 160/100, порушеннями згортання крові чи серповидно-клітинною анемією;
- жінки з захворюваннями серця та щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, молочної залози, ендометріозом, міомою;
- жінки, які приймають протисудомні або протитуберкульозні препарати;
- жінки, які не бажають використовувати або яким не рекомендуються КОК;
- жінки, які схильні забувати про щоденне використання таблеток.

Правила використання ПІК

- Протягом 7 днів від початку менструації. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.
- У будь-який день менструального циклу, якщо є цілковита впевненість, що пацієнтка не вагітна. Якщо введення ПІК проводиться після 7 днів від початку менструації, то рекомендується утримуватись від статевих відносин або використовувати додатковий метод контрацепції протягом наступних 7 днів.
- Після пологів:
 - через 6 місяців, якщо жінка використовує МЛА;

- через 6 тижнів, якщо вона годує груддю, але не використовує МЛА;
- через 3 і більше тижнів, якщо не годує груддю.
- Після абортів (відразу або протягом 7 днів).
- При переході з будь-якого іншого гормонального протизаплідного засобу на ПІК, першу ін'єкцію можна робити без будь-якої проміжної паузи за умови, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати початку наступного менструального циклу.
- Якщо попередній гормональний контрацептив вводився ін'єкційним шляхом, то введення ПІК необхідно здійснити в день планованої наступної ін'єкції. При цьому немає необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого контрацептивного методу.
- При відмові від використання негормональних методів контрацепції (включаючи ВМК) першу ін'єкцію ПІК можна зробити негайно за умови, що жінка не вагітна.
- При відмові від ВМК (включаючи ВМС, що містить левоноргестрел) введення ПІК можна починати протягом 7 днів після початку менструації. Необхідності у додатковому використанні будь-якого іншого контрацептивного методу немає. ВМК може бути видалена протягом цього періоду.
- Якщо використання ПІК починається в будь-який інший час:
 - жінка протягом даного менструального циклу мала статеві відносини і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то в цьому випадку рекомендується видалити ВМК під час наступного менструального циклу;
 - жінка протягом даного менструального циклу не мала статевих відносин і від початку менструації пройшло більше 7 днів, то в цьому випадку їй рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції. Якщо в якості додаткового засобу служить вищезгадана ВМК, то її слід видалити під час наступного менструального циклу.

Повторне введення ДМПА

Повторні ін'єкції ДМПА рекомендується робити кожні 3 місяці.

Повторні ін'єкції НЕТ-ЕН рекомендується робити кожні 2 місяці.

Якщо за будь-яких обставин дотримання рекомендованого інтервалу між повторними ін'єкціями ДМПА і НЕТ-ЕН є неможливим, допускається проведення ін'єкції на 2 тижні раніше або пізніше встановленого графіку. При цьому немає необхідності у використанні будь-якого додаткового засобу контрацепції.

Якщо термін введення перевищує 2 тижні, повторна ін'єкція може бути проведена за умови впевненості, що жінка не вагітна. У цьому випадку рекомендується протягом наступних 7 днів уникати статевих контактів або використовувати додаткові методи контрацепції.

Чергування використання ДМПА і НЕТ-ЕН не рекомендується.

Жінки, які не повинні використовувати ПІК

- вагітні жінки (встановлена або підозрювана вагітність);
- жінки з вагінальними кровотечами (до встановлення їх причини);
- жінки, які не можуть переносити змін менструального циклу;
- жінки, які хворіють на рак молочної залози або мають його в анамнезі.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Якщо вона не вагітна, лікування не проводиться, лише консультування. У разі маткової вагітності визначають подальшу тактику в залежності від репродуктивних планів жінки. Якщо вагітність

	<p>буде виношуватись, ін'єкції припиняються (невелика доза прогестогену (ЛНГ) не завдасть шкоди плоду).</p> <p>При підозрі на ектопічну вагітність – направляється на повне обстеження та лікування.</p>
Вагінальна кровотеча / мажучі виділення	<p>Якщо причина не встановлена і вагітність відсутня, жінці пояснюють, що кров'яністі/мажучі виділення не є серйозною проблемою і, як правило, не потребують лікування. У більшості жінок змінений характер кровотеч стає регулярнішим через 6-12 місяців. Якщо і після консультування занепокоєння пацієнтки не проходить, однак вона хоче продовжувати використовувати ПІК, рекомендується два варіанти лікування (за умови відсутності протипоказань до використання естрогенів): цикл КОК (30-35 мкг ЕЕ) або нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), але не аспірин.</p> <p>Менструація повинна початись протягом тижня після завершення курсу КОК (у випадку використання 21-денної упаковки) або під час використання останніх 7 таблеток з 28-денної упаковки.</p> <p>У випадку значної кровотечі призначаються низькодозовані КОК по 2 таблетки протягом 3-7 днів, а потім по 1 таблетці щоденно до 21 дня. Пацієнтка попереджається, що після закінчення прийому КОК можуть бути кров'яністі виділення протягом тижня.</p>
Збільшення або втрата маси тіла (зміна апетиту)	<p>Жінці пояснюється, що коливання маси тіла на 1-2 кг є звичайним явищем під час використання ПІК. Дізнаються, як харчується жінка, якщо зміна її маси тіла > 2 кг. Якщо навіть після консультування збільшення чи втрата маси тіла для жінки недопустимі, припиняють ін'єкції та допомагають пацієнтці обрати інший метод.</p>

Особливі вказівки

- Пацієнтки, в анамнезі яких є інформація щодо терапії з приводу депресивних станів, у період застосування препарату потребують детального нагляду.
- У деяких пацієнток, які застосовують ДМПА, можливе зниження толерантності до глюкози. Це потрібно враховувати у випадку призначення препарату пацієнткам з діабетом.
- Застосування ДМПА може впливати на результати наступних лабораторних досліджень:
 - визначення рівня гонадотропінів;
 - визначення рівня прогестерону, кортизону, естрогенів у плазмі крові;
 - визначення рівня прегнандіолу в сечі;
 - тест толерантності до глюкози.

ДМПА не впливає на лактацію, концентрація препарату в грудному молоці незначна. До цього часу будь-якої негативної дії на розвиток дітей не встановлено. Явищ передозування препарату не спостерігали.

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Гостре захворювання печінки (вірусний гепатит)	Уникати використання ПІК, за винятком тих випадків, коли більш прийнятні методи недоступні або не можуть використовуватись.
Підвищений артеріальний тиск ($\geq 160/100$)	Уникати використання ПІК, за винятком тих випадків, коли більш прийнятні методи недоступні або протипоказані.

Діабет	Уникати використання ПІК у жінок з тривалим перебігом чи прогресуючим цукровим діабетом, за винятком тих випадків, коли більш прийнятні методи недоступні або протипоказані.
--------	--

Насторожуючі ознаки

для користувачів прогестогенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК)

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази перевищує тривалість звичайної або в 2 рази перевищує об'єм крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Виділення гною або кровотеча з місця ін'єкції.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутиння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

ГОРМОНАЛЬНІ ПЛАСТИРИ

Пластир – трансдермальна терапевтична система (ТТС), гормональний контрацептив для системного застосування.

Євра:	6 мг норелгестроміну та 0,6 мг етинілестрадіолу; кожний пластир протягом 24 годин вивільняє 150 мкг норелгестроміну та 20 мкг етинілестрадіолу (обидві дози наближуються до добового ритму вивільнення гормонів).
-------	---

Жінки, які можуть використовувати ТТС:

- жінки будь-якого репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів в анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болючі менструації.

Правила використання ТТС

Якщо під час попереднього менструального циклу жінка не використовувала гормональний контрацептив.

Контрацепцію за допомогою ТТС розпочинають у перший день менструації. Приклеюють до шкіри один пластир і носять його весь тиждень (7 днів). День приклеювання першого пластиру (1-й день/день початку) визначає наступні дні заміни. День заміни буде приходиться на цей самий день кожного тижня (8-й і 15-й дні циклу). На 22-й день циклу пластир знімається і з 22-го по 28-й день циклу жінка його не використовує. Наступний день вважається першим днем нового контрацептивного циклу.

Рекомендовані місця для приклеювання пластиру: шкіра лопатки, плеча, сідниці та нижньої частини живота. Кожний наступний пластир не повинен приклеюватись на місце попереднього.

Якщо жінка починає застосування трансдермального пластиру не з першого дня циклу, то слід одночасно використовувати бар'єрні методи контрацепції протягом 7 перших днів першого контрацептивного циклу.

Жінки, які не повинні використовувати ТТС:

- жінки, які мають підвищену чутливість до компонентів препарату;
- жінки, які мають венозний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легень), артеріальний тромбоз, у тому числі в анамнезі (наприклад, гострі порушення мозкового кровообігу, інфаркт міокарда, тромбоз артеріальної сітківки) або провідники тромбозу (наприклад, стенокардія або транзиторна ішемічна атака);
- жінки з наявністю серйозних або множинних факторів ризику артеріального тромбозу:
 - тяжка артеріальна гіпертензія (стійкі рівні АТ > 160/100 мм рт. ст.);
 - цукровий діабет з ураженням судин;
 - успадкована дисліпопротеїнемія;
 - успадкована схильність до венозного або артеріального тромбозу, наприклад, резистентність активованого протеїну С, дефіцит антитромбіну III, дефіцит протеїну С, дефіцит протеїну S, гіпергомоцистеїнемія та антифосфоліпідні антитіла (антитіла проти кардіоліпіну, вовчаковий антикоагулянт).
- жінки, які мають мігрень з аурую;
- жінки, які мають підтверджений або підозрюваний рак молочної залози, рак ендометрію і підтвержені або підозрювані естрогензалежні пухлини;
- жінки, які мають аденому і карциному печінки;
- жінки з генітальною кровотечею;
- жінки в період вагітності, лактації, післяпологовий період при відсутності грудного вигодовування (4 тижні).

Стани, що вимагають обережності

Стан	Рекомендації
Підвищений АТ	Відмінити ТТС жінкам зі стійким рівнем АТ > 160/100 мм рт. ст. Використання ТТС можна відновити після нормалізації артеріального тиску за допомогою гіпотензивної терапії.
Діабет	Слід уважно спостерігати за станом здоров'я жінок, хворих на цукровий діабет, особливо на ранній стадії використання пластиру.
Порушення функції печінки	Призупинити використання ТТС до нормалізації маркерів функції печінки.

**Насторожуючі ознаки
для користувачів гормональних пластирів**

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази довша або в 2 рази значніша за величиною крововтрати, ніж звичайна) або тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

КОМБІНОВАНІ ВАГІНАЛЬНІ КІЛЬЦЯ

Гнучке та еластичне кільце, яке при введенні до піхви діє шляхом вивільнення етинілестрадіолу та етоногестрелу з 54-мм севіленового кільця. Гормони починають виділятися із кільця, що знаходиться у піхві під дією температури тіла. Через слизову оболонку піхви вони попадають у кров. Таким чином, системний вплив на організм жінки буде мінімальним. Контрацептивний ефект комбінованого вагінального кільця настає за рахунок пригнічення овуляції.

НоваРинг – 15 мкг етинілестрадіолу/120 мкг етоногестрелу

Жінки, які можуть використовувати комбіновані вагінальні кільця

- жінки репродуктивного віку;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, включаючи жінок, що не народжували;
- жінки, які бажають мати високоефективний захист від вагітності;
- жінки після пологів, які не годують груддю;
- жінки після абортів;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які відчувають сильні болі під час менструації;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом;
- жінки з ектопічною вагітністю в анамнезі;
- жінки з варикозною хворобою;
- жінки з депресивними розладами;
- жінки з порушеннями функції щитоподібної залози;
- жінки з доброякісними захворюваннями молочних залоз;
- жінки з доброякісними захворюваннями яєчників, ендометріозом, міомою.

Правила використання комбінованого вагінального кільця

Жінка повинна ввести кільце між 1-м і 5-м днем менструального циклу, але не пізніше 5 дня циклу, навіть якщо менструальноподібна кровотеча ще не закінчилась. Протягом перших 7 днів використання кільця рекомендується додатково застосовувати бар'єрні методи контрацепції. В наступних циклах немає необхідності у використанні будь-якого додаткового методу контрацепції.

Режим використання

Одне кільце розраховане на один цикл. Протягом 3 тижнів кільце знаходиться у піхві, потім воно видаляється і робиться 7-ми денна перерва. Після 7-ми денної перерви вводиться наступне кільце. При випадінні кільця необхідно його промити проточною водою та ввести його в піхву знову протягом не більше 3 годин.

Жінки, які не повинні використовувати комбіновані вагінальні кільця

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, які годують груддю;
- жінки, що мають вагінальні кровотечі (до встановлення їхніх причин);
- жінки із захворюванням печінки в гострому періоді (вірусним гепатитом);
- жінки віком старше 35 років, які палять;
- жінки, які мають інфаркт, інсульт чи підвищений АТ ($\geq 160/100$) в анамнезі;
- жінки, які мають порушення згортання крові або ускладнення перебігу діабету в анамнезі;
- жінки, які мають рак молочної залози;
- жінки з мігрєнями та локальними неврологічними симптомами.

Насторожуючі ознаки для користувачів комбінованих вагінальних кілець

- Затримка менструації після кількох місяців регулярних циклів (може бути ознакою вагітності).
- Сильні болі в нижній частині живота (можуть бути ознакою ектопічної вагітності).
- Надмірна (в 2 рази перевищує тривалість звичайної або в 2 рази перевищує об'єм крововтрати, ніж звичайна) чи тривала (> 8 днів) кровотеча.
- Мігрені (судинні головні болі), повторні надзвичайно сильні головні болі або помутніння зору.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ

МЛА – контрацептивний метод, який базується на годуванні дитини груддю з обов'язковим дотриманням критеріїв його застосування з метою ефективності. Використовується як тимчасовий метод контрацепції.

МЛА дає природний захист від не планованої вагітності. Метод ефективний в перші 6 місяців після пологів при обов'язковому дотриманні зазначених нижче критеріїв використання.

Критерії використання МЛА

1. Минуло не більше 6 місяців після пологів.
2. Лактаційна аменорея.
3. Жінка годує виключно груддю:
 - годує дитину за вимогою;
 - щонайменше 6 разів на день (включаючи нічне годування) і дитині не дають іншої їжі, окрім материнського молока;
 - інтервал між годуваннями повинен складати не більше 4 годин вдень та 6 годин вночі;

Якщо жінка не бажає або остерігається покладатися лише на МЛА, необхідно їй запропонувати використовувати інші методи: презервативи, сперміциди, ПТП, ДМПА, ВМК. Як тільки починається заміна грудного молока іншою їжею чи рідиною, дитина буде годуватись менше, ніж 6-10 разів на добу, грудне годування не буде ефективним методом запобігання не планованої вагітності - МЛА.

Жінки, які не повинні використовувати МЛА

- жінки, у яких поновились менструації;
- жінки, які не годують виключно (чи майже виключно) груддю;
- жінки, у яких дитині виповнилось 6 або більше місяців

ВНУТРІШНЬОМАТКОВІ КОНТРАЦЕПТИВИ (ВМК)

Типи ВМК, які містять мідь:

- Multiload-250 (MLCu-250);
- Multiload-375 (MLCu 375);
- TCu-380A;
- TCu-380Ag;
- TCu-380S;
- TCu-200;
- TCu-200B;
- TCu-200Ag;
- Nova T.

Успішне використання ВМК залежить від:

- ретельного обстеження та оцінки ризику на ІПСШ/ВІЛ;
- кваліфікованого введення ВМК та дотримання правил профілактики інфекцій;
- ретельного та уважного консультування пацієнтки.

Жінкам, які не народжували і планують народжувати ВМК не рекомендується використовувати

Жінки, які можуть використовувати ВМК

- жінки будь-якого репродуктивного віку, що народжували;
- жінки з будь-якою кількістю пологів у анамнезі;
- жінки, які бажають мати вискоєфективний довготривалий захист від вагітності;
- жінки, які раніше успішно використовували ВМК;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після абортів, які не мають ознак інфекції органів малого таза;
- жінки, які мають низький ризик зараження ІПСШ;
- жінки, які не хочуть чи не можуть використовувати гормональні методи;
- жінки, які можуть забути про необхідність щоденного вживання контрацептивних таблеток;
- жінки, які мають надлишкову масу тіла;
- жінки з порушеннями кровообігу на даний час або в анамнезі, особливо якщо вони пов'язані з тромбозом (тромбоз глибоких вен, легенів, ішемічна хвороба серця, інсульт і т.д.);
- жінки з артеріальним тиском > 160/100 мм.рт.ст.;
- жінки з мігренями;
- жінки з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози

Правила використання ВМК

ВМК, що містять мідь

- Якщо менструальний цикл регулярний, введення ВМК можливе протягом 12 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в період менструальної кровотечі). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.
- Введення ВМК можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. При цьому застосування будь-якого додаткового методу контрацепції не потрібно.
- Після пологів введення ВМК допускається якщо після пологів минуло 4 і більше тижнів;
- Після абортів ВМК може вводиться відразу після здійснення абортів за умови відсутності ускладнень або хронічних захворювань геніталій.
- У разі відмови від іншого методу контрацепції ВМК може вводиться відразу, якщо є впевненість, що жінка не вагітна. При цьому немає необхідності чекати наступного менструального циклу.

Проблеми, які потребують вирішення до введення ВМК:

Проблема	Рекомендації
Анемія Hb < 90 г/л, гематокрит < 27%	З'ясування причини та лікування анемії
Дисменорея	ВМК (окрім прогестогенових) не має бути контрацептивом вибору

Вади серця (легенева гіпертензія, бактеріальний ендокардит в анамнезі)	Консультація профільного спеціаліста, визначення гостроти процесу
--	---

Обстеження:

- пальпація живота: больові симптоми, виключити новоутворення в черевній порожнині;
- обстеження у дзеркалах: стан шийки матки, піхви, характер виділень;
- бімануальний огляд: стан шийки матки, збільшення або болючість матки та її придатків;
- аналізи: кров на Нв, гематокрит та мазок із піхви і цервікального каналу на флору.

Жінки, які не повинні використовувати ВМК

- вагітність;
- після септичного аборту;
- післяпологовий сепсис;
- кровотеча із піхви неясної етіології;
- рак шийки матки та ендометрію;
- злякисна гестаційна пухлина;
- ЗЗОТ на момент консультування або протягом останніх трьох місяців;
- ІПСШ зараз або в останні три місяці;
- аномалії розвитку статевих органів з деформацією порожнини матки;
- туберкульоз органів малого таза;
- міома матки .

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем при використанні ВМК

Побічний ефект	Рекомендації
Аменорея (відсутність менструальних виділень)	Пацієнтка перевіряється на наявність вагітності. Якщо вона не вагітна, ВМК не вилучається, проводиться консультування. У разі вагітності пояснюються пацієнтці наявні в неї можливості. Радять вилучити ВМК, якщо візуалізуються „нитки“ спіралі і вагітність за терміном менше 13 тижнів. Якщо „нитки“ не візуалізуються чи термін вагітності більше 13 тижнів, ВМК не вилучається. Якщо пацієнтка вагітна і бажає доношувати вагітність, але не хоче вилучити ВМК, їй пояснюється, що в цьому випадку збільшується ризик викидня та інфекції і вагітність вимагатиме дуже ретельного нагляду.
Переймоподібні болі	Виключають ЗЗОТ або іншу причину болю та надають пацієнтці медичну допомогу. Якщо причиною болю є ВМК, призначають анальгетики для зменшення дискомфорту. Якщо болі дуже сильні, вилучають ВМК і допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
Нерегулярні або значні кровотечі з піхви	Виключають інфекцію органів малого таза та ектопічну вагітність. У разі потреби проводять лікування. Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проводять консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначають НПЗП, за винятком аспірину. За бажанням пацієнтки ВМК можна вилучити. Якщо ВМК було введено понад 3 місяці тому і при наявності вираженої анемії (гемоглобін < 70 г/л), рекомендують вилучити ВМК і допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції.
Візуальна відсутність „ниток“	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Дізнаються у пацієнтки, чи не сталася експульсія ВМК. Якщо жінка не вагітна і не було експульсії, їй рекомендують використовувати презервативи. Перевіряють на наявність „ниток“ у цервікальному каналі. Якщо вони не знайдені, жінку направляють на ультразвукове дослідження. Якщо жінка не вагітна, сталася експульсія чи ВМК не виявлено при детальному обстеженні і за умови відсутності протипоказань, вводять новий ВМК або допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції. Слід пам'ятати про можливість перфорації стінки матки ВМК.
Вагінальні виділення/ підозра на ЗЗОТ	Пацієнтка перевіряється на наявність ІПСШ. При підозрі або виявленні інфекції ВМК вилучається після початку лікування антибіотиками. У випадку ЗЗОТ проводиться лікування за встановленими стандартами. Якщо жінка бажає і далі використовувати ВМК, немає необхідності у її видаленні. Якщо жінка відмовляється від використання ВМК, то ВМК видаляється після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОТ, рекомендується видалити ВМК та продовжити курс лікування.

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Сильні болі під час менструації	Пацієнтку консультують щодо можливості посилення менструальних болів і кровотечі під час використання ВМК. (Як правило, це є проблемою лише в перші декілька циклів під час використання мідних ВМК).
Вади серця	Призначається профілактичний курс антибіотиками під час введення ВМК.
Анемія (гемоглобін <90 г/л)	ВМК вибирається лише у тому випадку, якщо для даної пацієнтки це найприйнятніший метод і застосування іншого неможливе. Проводиться одночасне лікування анемії і ведеться детальне спостереження за станом здоров'я пацієнтки.

Насторожуючі ознаки для користувачів ВМК

- Затримка менструації із симптомами вагітності (нудота, біль у молочних залозах і т. п.).
- Тривалі чи переймоподібні болі в нижній частині живота, особливо коли вони супроводжуються поганим самопочуттям, жаром чи лихоманкою (ці симптоми вказують на можливу інфекцію органів малого таза).
- Нитки спіралі відсутні або при перевірці із цервікального каналу виступає пластмасовий кінчик ВМК.
- Ризик ІПСШ, ВМК не захищає від ІПСШ, ВІЛ/СНІДу.

Необхідно терміново звернутись до лікаря, якщо виникло будь-яке з перерахованих вище ускладнень.

Внутрішньоматкова система (вмс) з левоноргестрелом (лнг)

Система Мірена вводиться лікарем у матку на 5 років і виділяє прогестоген ЛНГ безпосередньо в порожнину матки (20 мкг на добу).

Жінки, які можуть використовувати систему

- жінки репродуктивного віку, що народжували, включаючи жінок пізнього репродуктивного періоду;
- жінки, які мають будь-яку кількість пологів у анамнезі, за умови відсутності деформації порожнини матки;
- жінки, які бажають мати дуже надійну контрацепцію;
- жінки після пологів, які годують груддю;
- жінки після абортів (за умови відсутності запального процесу або після лікування);
- жінки з меноррагією;
- жінки, які страждають на анемію;
- жінки, які мають болісні менструації.

Початок використання

ВМС, що містять левоноргестрел

- Якщо менструальний цикл регулярний – введення ВМС можливе протягом 7 днів після початку менструації в будь-який зручний для жінки час (не лише в період менструації). При цьому будь-який додатковий метод контрацепції не застосовується.
- Введення ВМС можливе у будь-який час менструального циклу, якщо є можливість точно встановити, що жінка не вагітна. Якщо введення

здійснюється пізніше 7 днів після початку менструації, жінці рекомендується утримуватись від статевих стосунків або користуватись додатковим засобом контрацепції протягом наступних 7 днів.

- Після пологів рекомендується введення ВМС, що містить левоноргестрел, після 4-х і більше тижнів.
- Після абортів ВМС, що містить левоноргестрел, може вводиться практично відразу після здійснення аборту за відсутності ускладнень та протипоказань.

Жінки, які не повинні використовувати систему:

- вагітні жінки (встановлена чи підозрювана вагітність);
- жінки, що мають вагінальні кровотечі (до встановлення їх причин);
- жінки з запальними захворюваннями малого таза в даний час або у випадку їх рецидивів;
- жінки з інфекційними захворюваннями геніталій;
- жінки з інфікованим абортотом протягом останніх трьох місяців;
- жінки з цервіцитом;
- жінки з цервікальною дисплазією;
- жінки із злоякісними пухлинами матки або шийки матки;
- жінки з активним захворюванням або пухлиною печінки;
- у разі деформації порожнини матки;
- міома матки;
- стани, що асоціюються з підвищеним сприйняттям інфекції;
- гіперчутливість до компонентів препарату.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Аменорея	Припинення менструацій не означає наявності вагітності. Якщо менструація відсутня протягом 6 тижнів і це бентежить пацієнтку, необхідно перевірити її на вагітність. Якщо результат негативний – заспокоїти жінку та проконсультувати її з приводу особливостей дії левоноргестрелвідділяючої системи.
Змінення характеру менструацій	У деяких жінок протягом перших 3-6 місяців можуть з'явитися додаткові незначні міжменструальні або мажучі кровотечі. Згодом загальна тривалість днів менструальної кровотечі та об'єм крововтрати знижується, а у деяких жінок менструації взагалі можуть припинитися. Необхідно проконсультувати жінку з приводу особливостей дії левоноргестрелвідділяючої системи.
Значні кровотечі із піхви	Виключають інфекції органів малого таза. У разі потреби проводять лікування. Якщо патологія відсутня, а кровотеча тривала та значна, проводять консультування і симптоматичне лікування. Для зменшення кровотечі призначають НПЗП, за винятком аспірину. Перевіряється правильність розташування системи у порожнині матки за допомогою УЗО. У разі неправильного положення системи, її треба видалити та встановити нову або допомогти жінці обрати інший метод контрацепції.
Запаморочення	Деякі жінки відчувають запаморочення після введення системи. Це нормальна реакція. Рекомендується відпочити певний час після введення системи.
Візуальна відсутність „ниток“	Пацієнтка перевіряється на вагітність. Дізнаються у пацієнтки, чи не сталася експульсія системи. Якщо жінка не вагітна і не було експульсії, їй рекомендують використовувати презервативи.

	<p>Перевіряють на наявність „ниток“ у цервікальному каналі. Якщо вони не знайдені, жінку направляють на ультразвукове дослідження. Якщо жінка не вагітна, сталася експульсія чи система не виявлена, вводять нову систему або допомагають пацієнтці обрати інший метод контрацепції.</p> <p>Слід пам'ятати про можливість перфорації стінки матки системою.</p>
Значні вагінальні виділення / підозра на ЗЗОТ	<p>Пацієнтка перевіряється на наявність ІПСШ. При підозрі або виявленні інфекції система вилучається після початку лікування антибіотиками.</p> <p>У випадку гострого перебігу ЗЗОТ проводиться лікування із застосуванням антибіотиків за встановленими стандартами.</p> <p>Якщо жінка бажає і далі використовувати систему, немає необхідності у її видаленні.</p> <p>Якщо жінка відмовляється від використання системи, то система видаляється після початку антибіотикотерапії. За умови відсутності позитивної динаміки у лікуванні ЗЗОТ, рекомендується видалити систему та продовжити курс антибіотикотерапії.</p>
Переймоподібні болі	<p>Виключають ЗЗОТ або іншу причину болю та надають пацієнтці допомогу.</p> <p>Якщо причиною болю є ВМС, призначають анальгетики для зменшення дискомфорту.</p> <p>Якщо болі дуже сильні, вилучають ВМС і допомагають пацієнтці вибрати інший метод контрацепції.</p>

Стани, що вимагають обережності

СТАН	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Тяжкі артеріальні захворювання (інсульт, інфаркт міокарда)	Систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Діабет	Необхідно проводити моніторинг рівня глюкози в крові.
Мігрені	У разі фокальної мігрені з асиметричними порушеннями зору чи іншими симптомами церебральної ішемії, що виникли вперше – систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Підтверджена або підозрювана гормонозалежна неоплазія, в т.ч. рак молочної залози	Систему з левоноргестрелом рекомендується видалити.
Значне підвищення кров'яного тиску (вперше)	
Надзвичайно сильний головний біль (вперше)	
Жовтяниця (вперше)	
Гострі або рецидивуючі інфекції	Необхідно проводити лікування антибіотиками, за відсутності ефекту – система видаляється.

НЕВІДКЛАДНА КОНТРАЦЕПЦІЯ

Невідкладна, або посткоїтальна контрацепція (НК) – збірне поняття, в основі якого лежить принцип використання різних видів контрацепції (ОК, ПТП, ВМК та ін.) у перші години після незахищеного статевого акту, з метою запобігання настанню

небажаної вагітності. Препарати, застосовувані для НК, називають ще „таблетками наступного ранку”.

Метод невідкладної контрацепції застосовується для запобігання небажаної вагітності у випадку „незахищеного” (без контрацептиву) статевому акту або при виявленні дефектів бар'єрних протизаплідних засобів (презерватива, діафрагми), при помилках у застосуванні гормональної контрацепції (пропуск прийому чергової пігулки), після зґвалтування, особливо у підлітків, чи в інших випадках, коли вагітність небажана або небезпечна. Ефективність методу досить висока і досягає 96 %, якщо з моменту „незахищеного” статевому акту пройшло не більше 72 годин.

Типи невідкладної контрацепції:

- комбіновані естроген-гестагенні ОК;
- гестагени;
- внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК);
- антипрогестини (АП).

Показання до застосування невідкладної контрацепції:

- „незахищений” (без використання будь-якого протизаплідного засобу) статевий акт;
- у випадку виявлення дефекту бар'єрних протизаплідних засобів;
- при порушенні регулярності в прийомі гормональних таблеток (пропуск прийому 1 і більше таблеток);
- після останньої ін'єкції ДМПА минуло більше 16 тижнів;
- партнери, які застосовували метод природного планування сім'ї, і не втрималися від статевому акту, коли це було незаплановано;
- у випадку зґвалтування, особливо у підлітків.

Жінки, які можуть використовувати невідкладну контрацепцію: пацієнтки, яким потрібен негайний захист від вагітності (наприклад, після незапланованого, незахищеного статевому акту; якщо виявлений дефект презервативу; після зґвалтування).

Способи застосування

КОК: Приймається 4 таблетки низькодозованого КОК (30-35 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевому акту.

Приймається ще 4 таблетки через 12 годин. Всього 8 таблеток.

АБО

Приймається 2 таблетки вискодозованого КОК (50 мкг етинілестрадіолу) орально протягом перших 72 годин після незахищеного статевому акту.

Приймається ще 2 таблетки через 12 годин. Всього 4 таблетки.

ПТП: Приймається одна таблетка постінору (750 мкг левоноргестрелу кожна) орально протягом 48 годин після незахищеного статевому акту. Приймається ще 1 таблетка через 12 годин. Всього 2 таблетки.

АБО

Приймається доза ПТП еквівалентна 1,5 мг левоноргестрелу (2 таблетки) за один прийом.

ВМЗ: Необхідно звернутися для введення ВМЗ протягом 5 днів після незахищеного статевому акту.

АП: Приймається 600 мг протягом 72 годин.

Вагітні жінки або жінки, у яких підозрюється вагітність – не повинні використовувати невідкладну контрацепцію.

Якщо менструація не почалася протягом трьох тижнів після проведення невідкладної контрацепції, проводиться тест на вагітність.

Якщо з метою невідкладної контрацепції була введена ВМК, то рішення про те, видалити її чи залишити, залежить від поінформованого бажання жінки/партнерів. Усім жінкам, котрим була проведена невідкладна контрацепція, проводять консультування щодо методів регулярної контрацепції.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

Презерватив

Чоловічий презерватив – єдиний метод, який в достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Відноситься до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод при застосуванні інших контрацептивів для захисту від ІПСШ.

Жіночий презерватив – це чохол з тонкого прозорого поліуретану, закритий з одного кінця. Відкритий кінець являє собою гнучке кільце великого діаметра, яке залишається ззовні. Закритий кінець закінчується кільцем меншого діаметра для зручності введення у піхву.

Спосіб використання

- Використовуйте презерватив під час кожного статевого акту.
- Використовуйте презервативи зі сперміцидом для максимальної ефективності і захисту.
- Презерватив одягають на статевий орган в стані ерекції до його введення в піхву жінки, враховуючи, що прееякуляторна сперма містить активні сперматозоїди.
- Якщо презерватив не має розширення (резервуару), слід залишити на кінці 1-2 см для сперми.
- Після еякуляції, тримаючи за основу (кільце) презерватива, витягніть статевий орган із піхви, поки він ще знаходиться в стані ерекції. Це попереджає зісковзування презерватива і пролиття сперми на статеві органи партнерші.
- Кожен презерватив може використовуватись лише один раз.
- Завжди майте в наявності запас презервативів. Не тримайте їх у теплому місці, тому що це руйнує матеріал, з якого він вироблений, і це може призвести до протікання презерватива під час використання.
- Не використовуйте презерватив, якщо його упаковка розірвана або презерватив виглядає пошкодженим чи ламким.
- Не користуйтеся мінеральним маслом, харчовим жиром, дитячим кремом або вазеліном для змазки презерватива. Це швидко руйнує його матеріал. Якщо потрібна змазка, використовуйте слину чи вагінальний секрет

Діафрагми та шийкові ковпачки

Діафрагма та шийковий ковпачок – відносяться до бар'єрних методів контрацепції. Застосування діафрагми зі сперміцидами значною мірою підвищує ефективність цього методу і ступінь захисту від ІПСШ. Сучасні діафрагми виготовляються із гуми і латексу. Ковпачки виготовляють із латексної гуми. Вони не мають широкого застосування в більшості країн.

Типи діафрагм

Діафрагми розрізняються між собою за розміром, який визначається діаметром обідка в міліметрах і буває чотирьох основних видів, залежно від особливостей будови обідка:

- діафрагма з обідком з плоскою пружиною;
- діафрагма із спіральною пружиною;
- діафрагма з дугоподібною пружиною;
- діафрагма з обідком у вигляді перетинки.

Типи ковпачків

Існує три типи протизаплідних ковпачків:

- заглиблений порожнистий ковпачок з обідком (часто називається просто "шийковим ковпачком");
- ковпачок Vitule (має форму дзвона з розширеним відкритим кінцем);
- куполоподібний ковпачок – порівняно неглибокий (має форму широкого плоского купола і нагадує діафрагму).

Жінки, які можуть використовувати діафрагму і ковпачок

- жінки, які не бажають або не можуть використовувати гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують груддю і потребують контрацепції;
- жінки, які бажають мати захист від ІПСШ і партнери яких не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу на період підбору іншого контрацептиву;
- жінки, яким необхідний додатковий контрацептивний метод;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини;
- пари, в яких будь-який з партнерів має більше одного статевого партнера (підлягають підвищеному ризику зараження ІПСШ, навіть якщо при цьому використовується інший метод контрацепції).

Правила використання діафрагми

- використовується діафрагма під час кожного статевого акту.
- перед використанням випорожняється сечовий міхур.
- перевіряється відсутність в діафрагмі дефектів, натягнувши гуму і оглянувши її на світло або наповнивши водою.
- видушують невелику кількість сперміцидного крему або желе в чашечку діафрагми (для полегшення введення невелику кількість крему/желе можна нанести на ведучий кінець діафрагми або на зовнішній край піхви). Зводять краї діафрагми разом і вводять в піхву.
- діафрагма залишається на місці як мінімум на 6 годин після останнього статевого контакту, але не більше ніж на 24 години (ні на якому етапі не рекомендується проводити спринцювання. Якщо спринцювання все ж проводиться, то робити це слід через 6 годин після статевого акту).
- після використання діафрагма миється водою з милом і ретельно висушується, після чого кладеться в упаковку.

Жінки, які не повинні використовувати діафрагму і ковпачок

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або проблеми зі здоров'ям роблять вагітність надзвичайно небезпечною (слід допомоги обрати високоєфективний метод);
- жінки з повторними інфекціями сечовивідних шляхів (ІПСШ);
- жінки, які зазнають труднощів у застосуванні цього методу;

- жінки, які мають пролапс матки (опущення матки у піхву);
- жінки із cystocele і rectocele (вип'ячування стінки сечового міхура або прямої кишки у піхву);
- жінки із синдромом токсичного шоку в анамнезі;
- жінки з вагінальним стенозом (звуження вагінального каналу);
- жінки з генітальними аномаліями;
- жінки, які бажають використовувати вискооефективний метод контрацепції.
- пари, які не бажають під час кожного статевого акту використовувати метод відповідно до інструкції.

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

Побічний ефект/проблема	Рекомендації
Інфекції сечовивідних шляхів (ІПСШ)	Якщо пацієнтка страждає частими запальними захворюваннями сечовивідних шляхів і діафрагма залишається її першочерговим вибором, спорожняється сечовий міхур одразу після статевого акту. Проводиться обробка піхви дезінфікуючим розчином (не раніше, ніж через 6 годин після статевого акту). В іншому разі вибирається інший метод.
Підозрювана алергічна реакція (на діафрагму або ковпачок)	Хоча алергічні реакції трапляються рідко, вони можуть спричинити незручність і навіть бути небезпечними. Якщо підозра підтвердилась, допомагають пацієнтці вибрати інший метод.
Підозрювана алергічна реакція (на сперміцид).	
Біль, викликаний тиском на сечовий міхур / пряму кишку.	Оцінюють правильність підбору розміру діафрагми. Якщо вона надто велика, пробують діафрагму меншого розміру. Потрібно простежити, щоб проблема більше не виникала.
Вагінальні виділення і неприємний запах, якщо діафрагма не вилучена протягом більше 24 годин.	При відсутності ІПСШ радять пацієнтці вилучити діафрагму якомога раніше після статевого акту (якщо це зручно), але не раніше, ніж через 6 годин після останнього статевого контакту. Якщо симптоми повторюватимуться, необхідно провести консультування відносно правил гігієни. При наявності ІПСШ проводиться лікування згідно з діагнозом.

Сперміциди

Сперміциди – хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання до верхніх відділів статевого тракту та в певній мірі захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Особливо виражена сперміцидна та бактеріцидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміциди розрізняються, в основному, за типом носія, що входить до їх складу, і випускаються у вигляді:

- аерозолів (піни);
- паст;
- гелів (крему);
- капсул;
- желе;
- вагінальних пінистих таблеток;
- вагінальних пінистих супозиторіїв;
- розчинних супозиторіїв;
- розчинних плівок;

- речовин, що застосовуються для змащення презервативів;
- губок.

В якості основних активних інгредієнтів у сучасному виробництві сперміцидів застосовуються: бензалконіум хлорид (фарматекс), октоксिनол, менфегол.

Ноноксिनол-9 сприяє поширенню ІПСШ шляхом ушкодження слизової і проникненню мікроорганізмів (не рекомендується ВООЗ до використання).

Час контрацептивного захисту сучасних сперміцидів та їх ефективність триває в межах від 15 хвилин до 1-8 годин від початку застосування і залежить від форми використання (таблетки, крем, піна тощо). Протягом 2-х годин до та після статевого акту інтимний туалет необхідно проводити без застосування звичайного мила (через ризик руйнування діючої речовини).

При використанні кремів і желе передбачається як самостійне їхнє застосування, так і в поєднанні з піхвою діафрагмою або шийковими ковпачками. Ефективність використання при цьому значно зростає.

Сперміциди застосовуються і з презервативами, що забезпечує більший контрацептивний ефект та захист від ІПСШ.

Особливості вибору

- Пінисті вагінальні таблетки, капсули і супозиторії зручні в збереженні і транспортуванні, але вимагають 15-хвилинного очікування після їх введення до статевого акту.
- Розчинні вагінальні супозиторії також слід вводити за 10-15 хвилин до статевого акту.
- Сперміцидні желе, як правило, використовуються лише у сполученні з діафрагмою.
- Аерозолі (піни) ефективні відразу після введення. Аерозолі рекомендуються в тому випадку, якщо сперміцид застосовується ізольовано (без іншого методу контрацепції).

Жінки, які можуть використовувати сперміциди

- жінки, які не хочуть або яким не показані гормональні методи (наприклад, жінки, які палять, старші 35 років);
- жінки, які не хочуть або яким не показано використання ВМК;
- матері, які годують, потребують контрацепції;
- жінки, які бажають захисту від ІПСШ, чиї партнери не згодні використовувати презервативи;
- жінки, які потребують тимчасового методу контрацепції на період очікування іншого методу;
- жінки, які потребують додаткового страхувального методу;
- жінки, які мають нечасті статеві відносини.

Спосіб використання

- Необхідно вводити сперміцид до початку кожного статевого акту.
- Після введення вагінальної таблетки, супозиторію або плівки слід почекати 10-15 хвилин. При використанні аерозолів (піни) очікування не вимагається.
- Дуже важливо виконувати рекомендації виробника сперміциду щодо правильного використання і зберігання кожного препарату. (Наприклад, струсіть контейнер з аерозольною піною перед тим, як видавити її в аплікатор).
- Введіть додаткову дозу сперміциду, якщо статевий акт не почався протягом 1-2 годин після першого введення.
- Введіть додаткову дозу сперміциду перед кожним повторним статевим актом.

- Дуже важливо ввести сперміцид глибоко в піхву, щоб шийка матки виявилась повністю закритою.

Жінки, які не повинні використовувати сперміциди

- жінки, чий вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки, які відчувають труднощі із застосуванням цього методу;
- жінки, які страждають на алергію на сперміциди;
- жінки з генітальними та іншими аномаліями;
- жінки, які потребують високоефективного методу контрацепції;
- пари, які бажають використовувати метод, не пов'язаний зі статевим актом;

Надання допомоги у разі типових побічних ефектів та інших проблем

Побічний ефект/проблема	Рекомендації
Вагінальне подразнення	Якщо подразнення викликане сперміцидом, радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають пацієнтці обрати інший метод.
Подразнення пеніса та дискомфорт	
Занепокоєння відчуттям печіння у піхві	Заспокоюють, пояснивши, що відчуття печіння є тимчасовим явищем. Якщо пацієнтка стурбована, радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають їй вибрати інший метод.
Вагінальні пінисті таблетки не розчиняються	Радять перейти на сперміцид з іншим хімічним складом або допомагають пацієнтці обрати інший метод.

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї (ППС) (МЕТОДИ РЕГУЛЮВАННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ)

Природні методи можуть мати місце, якщо жінка може визначити початок та кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період – це час, коли у жінки може наступити вагітність.

Ефективність природних методів середня (9-20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Методи ППС

Існує кілька різних методів природного планування сім'ї. Деякі з них залежать від використання лише одного з індикаторів фертильності. Інші методи природного планування сім'ї базуються на двох або більше індикаторах фертильності.

Основні характеристики фертильності (цервікальний слиз, базальна температура тіла, тривалість циклу і т.ін.) доповнюються іншими індивідуальними ознаками (чутливість молочних залоз, біль у нижній частині живота, менструальна кровотеча).

У даний період застосовуються такі методи контролю фертильності:

- календарний (або ритмічний);
- метод базальної температури тіла;
- метод цервікального слизу;
- симптомтермальний.

Календарний метод

Календарний, або ритмічний, метод контрацепції є найбільш давнім засобом запобігання вагітності. Він базується на визначенні фертильних днів розрахунковим методом по спеціальній таблиці, при цьому береться до уваги знання про настання овуляції за 14 днів до передбачуваної менструації при 28-денному менструальному циклі. Тривалість життєздатності сперматозоїдів в жіночому організмі приблизно 8 днів і яйцеклітини після овуляції (24 години). В даний час майже не використовується через невисоку ефективність.

Метод базальної температури тіла

Метод базується на зміні температури тіла одразу після овуляції. Підвищення базальної температури тіла вказує на розвиток овуляції, але не дозволяє сказати, коли відбудеться наступна овуляція. Базальна температура знижується за 12-24 години до овуляції, після якої підвищується на 0,2-0,5° С. Таким чином, фертильним вважається період від початку овуляції до того часу, доки базальна температура буде підвищеною протягом 3 днів підряд. Температурний метод надійний у разі його використання для уникнення зачаття, але вимагає досить довгого часу утримання від статевих контактів до періоду неможливості зачаття після овуляції.

Після овуляції основна температура тіла утримується на більш високому рівні приблизно 14 днів, потім знижується, і з першим днем менструації починається новий цикл. Якщо ж базальна температура тіла утримується на високому рівні 20 і більше днів, жінка може запідозрити першу ознаку вагітності.

Для уникнення будь-яких неточностей і для виявлення навіть незначного підвищення температури жінка повинна користуватись точним термометром. Оскільки на зміну базальної температури впливають різноманітні фактори (захворювання, стреси, порушення сну та ін.), інтерпретація результатів вимірів вимагає особливої уваги.

Як і календарний, цей метод також майже не використовується самостійного з контрацептивною метою.

Метод цервікального слизу

Цей метод можна використовувати, якщо в статевих органах немає запальних процесів.

Жінка визначає фертильну фазу, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. В той час, коли виділення прозорого тягучого слизу, жінка може бути фертильною. Останній день прозорого тягучого слизу називається "днем пік"; це означає, що овуляція вже близька або тільки що відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі у більшості жінок спостерігається відсутність виділень з піхви протягом декількох днів – "сухі дні". Для спостереження за слизом та визначення методу слід утримуватись від статевих контактів щонайменше під час 1 циклу. Спостереження за слизом ведеться протягом дня, оскільки слиз може змінюватись, ведеться запис спостережень, для цього використовуються умовні позначки: кровотеча – червоний колір, сухі дні – літера "С", фертильні дні – літера "Ф", непрозорий не фертильний слиз – літера "Н".

При появі слизу або відчуття вологості у піхві – утримуються від статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу – "пік" фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3-х днів.

Симптотермальний метод

Цей метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

Пари, які можуть використовувати ППС

З метою контрацепції:

- жінки в усі періоди репродуктивного віку;
- жінки з будь-якою кількістю пологів в анамнезі, в т. ч. ті, які не народжували.

- пари, релігійні чи філософські переконання яких не дозволяють використовувати інші методи;
- жінки, які не можуть користуватися іншими методами;
- пари, які здатні уникати статевих зносин протягом більше одного тижня в кожному циклі;
- пари, які здатні і бажають щоденно спостерігати, записувати, інтерпретувати ознаки фертильної фази.

Жінки, які не повинні користуватись ППС

- жінки, вік, кількість пологів в анамнезі або стан здоров'я яких роблять вагітність надзвичайно небезпечною;
- жінки без досвіду ефективного користування ППС;
- жінки, партнери яких не бажають утримуватись від статевих відносин у певні дні циклу;
- жінки, які не бажають використовувати цей метод з особистих мотивів;
- жінки з нерегулярним менструальним циклом.

Стани, які вимагають обережності

Стан	Рекомендації
Нерегулярні менструації	Якщо використовується календарний метод, проконсультуйте пацієнтку і допоможіть обрати інший метод.
Постійні вагінальні виділення	Поясніть пацієнтці, що їй буде важко передбачити фертильну фазу, використовуючи метод цервікального слизу. Якщо жінка хоче, допоможіть їй вибрати інший метод.
Грудне вигодовування	

КОНТРАЦЕПЦІЯ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

У післяпологовому періоді можна використовувати ряд доступних та безпечних методів планування сім'ї. Тому головне завдання лікарів пологових стаціонарів, жіночих консультацій та клінік/центрів планування сім'ї полягає в тому, щоб роз'яснити пацієнтам необхідність використання методів планування сім'ї у післяпологовому періоді для збереження здоров'я жінок, продовження періоду ефективного грудного вигодовування дитини та попередження небажаної вагітності.

Метод лактаційної аменореї (МЛА)

- Висока ефективність до 6 місяців при дотриманні умов виключно грудного годування і відсутності менструації (аменорея).
- Годування груддю повинно початися відразу після пологів.
- Значна користь як для здоров'я матері, так і дитини.
- Дає час для вибору і підготовки до застосування контрацептивного методу.

Зауваження:

- для максимальної ефективності годування повинно бути виключно грудним;
- при спробі відлучити від грудей або ввести прикорм ефективність методу знижується.

Протизаплідні засоби прогестогенового ряду (ПТП)

(Імплантати, протизаплідні таблетки або прогестогенові ін'єкційні контрацептиви – ПТП чи ПІК)

- Уникати використання ПТП у перші 6 тижнів після пологів, за винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні або недоступні.
- При використанні МЛА відкласти застосування ПТП до 6 місяців після пологів.
- Якщо жінка не годує груддю, ПТП можна почати застосовувати негайно.
- Якщо жінка не годує груддю і після пологів пройшло більше 6 тижнів або в неї поновились менструації, ПТП можна рекомендувати, переконавшись, що жінка не вагітна.
- Метод не впливає на якість і кількість грудного молока і здоров'я дитини.

Зауваження:

- у перші 6 тижнів після пологів прогестоген може негативно вплинути на нормальний ріст дитини;
- навіть у лактуючих жінок при використанні ПТП можуть з'явитись нерегулярні кровотечі.

Внутрішньоматкові контрацептиви (ВМК)

- Можуть вводиться постплацентарно або у післяпологовому періоді (протягом 48 годин після пологів).
- Якщо ВМК не введений постплацентарно або протягом 48 годин після пологів, введення слід відкласти до 4-6 тижнів після пологів.
- Якщо при годуванні груддю у жінки поновились менструації, ВМК можна ввести в будь-який день менструального циклу, якщо є впевненість, що пацієнтка не вагітна.
- ВМК не впливає на кількість молока, а також на його якість і здоров'я дитини.
- При введенні ВМК жінці, яка годує груддю дитину, побічних явищ (кровотеча, біль) значно менше.

Зауваження:

- необхідний досвідчений персонал, навчений техніці постплацентарного або післяпологового введення ВМК;
- для постплацентарного введення ВМК пацієнтка повинна бути обстежена і проконсультована в пренатальний період;
- при інтервальному введенні ВМК через 4-6 тижнів після пологів процедура введення звичайна (не вимагається спеціального навчання).

Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС)

- Може бути проведена відразу після пологів при виконанні кесаревого розтину або протягом 48 годин після пологів.
- Якщо стерилізація не проведена протягом 48 годин після пологів, вона повинна бути відкладена до 6 тижнів після пологів.
- Ідеальним вважається час, коли жінка повністю одужала після пологів і здоров'я дитини не викликає сумнівів.
- Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження:

- післяпологову міні-лапаротомію краще проводитим під місцевою анестезією (седацією), що зменшує ризик для матері і можливе тривале розлучення матері з дитиною;
- вазектомія чоловікові може бути проведена в будь-який час після пологів жінки. Ефект не настає негайно. Необхідно користуватись тимчасовим методом контрацепції на перші 3 місяці, якщо пара живе статевим життям.

Бар'єрні методи

Презервативи, діафрагми, сперміциди у вигляді пінки, свічок, кремів, пігулок, плівок можуть використовуватись у будь-який час після пологів, вони не впливають на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини. Ці методи зручні як проміжні, якщо початок використання іншого методу відкладено.

Зауваження

- при використанні бар'єрних методів, що застосовуються на шийці матки (діафрагма зі сперміцидами), слід зачекати закінчення післяпологового періоду (6 тижнів після пологів) перед тим, як застосовувати і використовувати діафрагму.
- використання сперміцидів вирішує проблему вагінальної сухості під час статевого акту (часте явище у жінок, що годують).

Комбіновані гормональні контрацептиви (КОК і КІК)

- Не рекомендуються для годуючих грудьми дитину жінок у перші 6 місяців після пологів. Відкладіть використання КОК чи КІК до початку відлучення від грудей.
- Слід уникати застосування для годуючих грудьми дитину жінок, за рідким винятком тих випадків, коли інші методи неприйнятні (починаючи з 6 місяців).
- Якщо жінка грудьми дитину не годує, КОК та КІК можна використовувати через 3 тижні після пологів.
- Використання КОК чи КІК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини (цей ефект продовжується до 6 місяців).
- У перші 3 тижні після пологів КОК чи КІК дещо збільшують ризик підвищеного тромбоутворення у зв'язку з вмістом у них естрогенів.

Зауваження

- КОК чи КІК є найменш прийнятними методами для годуючих грудьми дитину матерів;
- через 3 тижні після пологів ризик підвищеного тромбоутворення зникає;
- КОК чи КІК можуть використовуватись жінками, які під час вагітності мали гестоз за умови, що до моменту початку використання контрацептивів жінка має нормальний артеріальний тиск і не має ускладнень.

Природні методи планування сім'ї

- Не рекомендується починати використання методу до відновлення регулярних менструацій. Пацієнтка може почати вести карту через 6 тижнів після пологів, але при цьому їй слід продовжувати використання МЛА.
- Метод не впливає на кількість і якість грудного молока та здоров'я дитини.

Зауваження

- цервікальний слиз важко „інтерпретувати” до поновлення регулярних менструацій (овуляцій);
- базальна температура тіла змінюється, якщо мати просинається вночі для грудного годування. Тому метод дослідження підвищення температури зранку після овуляції може виявитись не зовсім надійним.

ПІСЛЯБОРТНЕ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Послуги з планування сім'ї після абортів повинні включати в себе наступні компоненти, які характерні для якісного обслуговування у сфері планування сім'ї:

- консультування щодо необхідності використання контрацепції з урахуванням репродуктивних цілей пацієнтки;

- інформація і консультування про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти;
- надання можливості вибору (наприклад, коротко- та довгострокові методи, гормональні і негормональні);
- можливості поповнення запасу контрацептива;
- доступність наступного спостереження;
- інформація про необхідність захисту від ІПСШ.

Медичний спеціаліст повинен допомогти жінці вибрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку і її партнера використовувати цей метод правильно (ефективно). Неправильне використання методу контрацепції може призвести знову до настання небажаної вагітності. Вибір методу контрацепції повинен бути усвідомленим для кожної жінки, а його обговорення повинне дати можливість жінці з'ясувати всі питання й виражати своє ставлення до нього або сумнів.

За умови відсутності медичних протипоказань використання будь-якого методу контрацепції варто починати відразу після абортів. Хоча більшість жінок не хочуть завагітніти відразу після абортів, деяким із них важко відразу прийняти рішення щодо застосування певного методу контрацепції. Жінкам, які не вибрали метод контрацепції відразу, можна запропонувати тимчасово використовувати презервативи й порадити звернутися за консультацією (можливо, разом із партнером) до амбулаторного закладу у зручний для неї час, як тільки рішення буде прийнято.

Методи контрацепції після неускладненого аборту

Більшість методів можуть бути запропоновані невідкладно.

- Оральні гормональні препарати (комбіновані або чисто прогестогенові). Перша таблетка КОК може бути вжита в день проведення операції, її контрацептивний ефект настає відразу, немає необхідності у використанні додаткових засобів контрацепції.
- Ін'єкційні препарати (комбіновані або прогестогенові). Ін'єкцію можна зробити перед випискою після абортів або протягом 7 днів після абортів.
- Імплантат може бути введений протягом першого тижня після абортів, контрацептивна дія його настає негайно.
- ВМК, що містить мідь або ВМС з левоноргестрелом можна вводити відразу після абортів або протягом 7 днів за умови відсутності симптомів інфекції. Якщо інфекція підозрюється або очевидна, необхідно відкласти введення ВМК довилікування інфекції й запропонувати пацієнтці використовувати тимчасовий метод контрацепції. Введення ВМК після абортів має ряд переваг у порівнянні з інтервальним введенням. Відомо, що овуляція відновлюється незабаром після абортів, причому, в половини обстежених жінок це відбувається протягом 2-3 тижнів після процедури. Таким чином, введення ВМК безпосередньо після абортів забезпечує негайний контрацептивний захист. Доведено, що хоча ризик експульсії ВМК зростає відповідно строку гестації, при якому здійснюється аборт, і може підвищуватися у порівнянні з інтервальним введенням, надання жінці негайного й вискоєфективного контрацептивного методу в ході однієї процедури може переважати зазначені фактори ризику. Дані доказової медицини свідчать про те, що традиційні побоювання клініцистів щодо високої ймовірності перфорації матки або розвитку запальних змін органів малого таза не є обґрунтованими.
- Використання бар'єрних методів (презервативи + сперміциди) починають при поновленні сексуальної активності.
- Чоловіча або жіноча добровільна хірургічна стерилізація як метод контрацепції обмежень не мають. Однак при консультуванні жінок після абортів необхідно враховувати психологічний стан жінки, відповідно до якого вони можуть приймати поспішні рішення, про які згодом можуть пошкодувати.

- Для використання природних методів ПС необхідно дочекатися, поки відновиться регулярний менструальний цикл.

Методи контрацепції після ускладненого аборту

Інфекція (підтверджений або попередній діагноз)

- Відкласти стерилізацію або введення ВМК до виключення діагнозу інфекції або повного виліковування інфекції (не раніше 3 місяців).
- Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до виключення або повного виліковування інфекції.
- У всіх випадках підозрюваної або підтвердженої інфекції необхідно запропонувати пацієнтці відстрочити початок статевого життя до вирішення проблеми. Якщо це неможливо, можна запропонувати наступні методи: презервативи, імпланти, ін'єкційні методи, гормональні оральні контрацептиви.

Травма (перфорація матки або травми шийки матки, стінок піхви)

- Відкласти стерилізацію до повного вилікування травми. Якщо для ліквідації травми необхідна лапаротомія і при відсутності додаткового ризику, стерилізацію можна здійснити одночасно з операцією.
- Відкласти введення ВМК до повного лікування перфорації матки або іншої серйозної травми.
- Травми піхви й шийки матки можуть ускладнити використання бар'єрних методів і сперміцидів. Використання діафрагми або шийкового ковпачка варто відкласти до повного виліковування травми стінок піхви або шийки матки. Можна запропонувати жінкам наступні методи: гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, імпланти, презервативи.

Кровотеча і гостра анемія

Надання послуг з планування сім'ї після усунення кровотечі та стабілізації стану жінки. При стабілізації стану й при наявності вираженої анемії необхідно уникати використання методів контрацепції, які можуть призводити до додаткової крововтрати. Цими методами є стерилізація та ВМК, що містять мідь. Введення імплантів і ін'єкції треба відкласти до відновлення нормальних показників гемоглобіну. Таблетки прогестинового ряду можна застосовувати з обережністю. Кращим методом контрацепції є КОК (особливо показані при низькому рівні гемоглобіну). Також можливе застосування презервативів та ВМС, що містять левоноргестрел.

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АП	Антипрогестин
АТ	Артеріальний тиск
БТТ	Базальна температура тіла
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВК	Вагінальні кільця
ВМК	Внутрішньоматковий контрацептив
ВМС	Внутрішньоматкова система
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМПА	Депо-медроксипрогестерону ацетат
ДХС	Добровільна хірургічна стерилізація
Е	Естроген
ЕЕ	Етинілестрадіол
ж/к	Жіноча консультація
ЗЗОМТ	Запальне захворювання органів малого таза
ЗПСШ	Захворювання, що передаються статевим шляхом
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КІК	Комбіновані ін'єкційні контрацептиви

КОК	Комбіновані оральні контрацептиви
КП	Контрацептивні пластирі
КПР	Контрацептиви прогестеронового ряду
ЛЕ	Легенева емболія
ЛНГ	Левоноргестрел
МЛА	Метод лактаційної аменореї
НЕТ-ЕН	Норетистерон енант ату
НК	Невідкладна контрацепція
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
ОК	Оральні контрацептиви
П	Прогестин
ПІК	Прогестогенові ін'єкційні контрацептиви
ППС	Природне планування сім'ї
ПС	Планування сім'ї
ПТП	Протизапальні таблетки прогестогенового ряду
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СТШ	Синдром токсичного шоку
ТТС	Трансдермальна терапевтична система
ТГВ	Тромбоз глибоких вен
УЗО	Ультразвукове обстеження
ЦІН	Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія
ЦПС	Центр планування сім'ї

V. Основні етапи заняття

А. Підготовчий – науково – методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.

Б. Основний – самостійна робота студентів під контролем викладача у в жіночій консультації. Студенти збирають анамнез у пацієнток репродуктивного віку, аналізують методи контрацепції, які вони застосовують. Складають план обстеження для обирання раціонального метода контрацепції, на підставі необхідної інформації, яку надає викладач, рекомендують пацієнткам раціональний метод контрацепції. На підставі даних історій хвороби аналізують дані про небажані ефекти контрацептивів. В абортарії (малій операційній) проводять співбесіди з пацієнтками, які бажають перервати небажану вагітність про шкідливість аборту, надають інформацію про раціональні методи контрацепції.

В. Заключний – контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття : навчальна кімната, жіноча консультація, абортарій.

Обладнання : таблиці, фантоми, слайди, зразки різних контрацептивів, контрольні запитання і задачі.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ



Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань:

1. Яке визначення поняття «планування сім'ї»?
2. Які принципи вибору метода контрацепції?
3. Яке обстеження перед вибором метода контрацепції?
4. Які методи оцінки ефективності контрацепції?
5. Яка класифікація оральних контрацептивів (КОК)?
6. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КОК?
7. Які типи контрацептивів прогестагенового ряду (КПР)?
8. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти КПР?
9. Які типи прогестагенових ін'єкційних контрацептивів (ПІК)?
10. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ПІК?
11. Які типи трансдермальних терапевтичних систем (ТТС)?
12. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти ТТС?
13. Які правила прийому, протипоказання, побічні ефекти застосування комбінованих вагінальних кілець?
14. Які особливості лактаційної аменореї як метода контрацепції?
15. Які правила застосування, протипоказання, побічні ефекти внутрішньоматкової контрацепції (ВМК)?
16. Які особливості невідкладної контрацепції?
17. Яка класифікація бар'єрних методів контрацепції?
18. Як використовують бар'єрні методи контрацепції?
19. Які особливості застосування природних методів планування сім'ї?
20. Які особливості післяпологової контрацепції?
21. Які особливості післяабортної контрацепції?



Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття

1. Ознайомити сімейну пару з принципами вибору контрацепції.
2. Ознайомити сімейну пару з методами контрацепції.
3. Призначити обстеження перед вибором метода контрацепції.
4. Вибрати раціональний метод контрацепції для сімейної пари (на підставі інформації, наданої викладачем).
5. Оцінити протипоказання до різних методів контрацепції (на підставі інформації з історії хвороби пацієнтки жіночої консультації).
6. Оцінити небажані і побічні ефекти різних методів контрацепції (на підставі інформації з історії хвороби пацієнтки жіночої консультації).
7. Надати рекомендації по ліквідації небажаних ефектів контрацепції.
8. Провести співбесіду про раціональні методи контрацепції з жінками, що вирішили перервати небажану вагітність шляхом штучного аборту.



Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. В жіночу консультацію звернулась жінка 26 років для вибору метода контрацепції. В анамнезі 1 пологи, 2 штучних аборта. У пацієнтки незначні ознаки гіперандрогенії - акне, себорея, гірсутизм легкого ступеню, жирна шкіра лиця. Менструальний цикл не порушений.



Може дана пацієнтка використовувати КОК?



Жінки з ознаками гіперандрогенії можуть використовувати КОК.

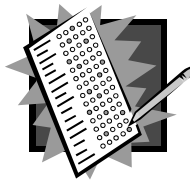
2. В жіночу консультацію звернулась жінка 24 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматично здорова.



Які методи контрацепції можна рекомендувати?



Після пологів можна рекомендувати методи: лактаційної аменореї, прогестеронові ін'єкційні контрацептиви, ВМК, презервативи.



Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Пацієнтка 34 років звернулась до лікаря для вибору метода контрацепції. Страждає на цукровий діабет тип П, анемія I ступеня, менструальний цикл нерегулярний. В анамнезі – позаматкова вагітність 2 роки тому.



Який з перелічених станів є протипоказанням для використання КОК?



- A. Анемія I ступеня
- B. Цукровий діабет тип П*
- C. Нерегулярний менструальний цикл
- D. Ектопічна вагітність в анамнезі

2. В жіночу консультацію звернулась жінка 24 років для вибору метода контрацепції. Два місяці тому народила дитину, пологи без ускладнень. Немовля годує груддю, менструації відсутні. Патології з боку статевих органів не виявлено. Соматично здорова.



Які методи контрацепції протипоказані у жінок, що годують груддю?



- A. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви
- B. Внутрішньо маткові контрацептиви
- C. Бар'єрні методи
- D. Комбіновані оральні контрацептиви*

Проект «Здоров'я матері та дитини»

01025, Київ, Україна
Вул. В. Житомирська 8/14, оф. 5
E-mail: office@jsi.com.ua
Тел: (+380-44) 279-45-12
Факс: (+380-44) 278-10-06
www.mihp.com.ua

Цей документ було розроблено завдяки щедрій підтримці американського народу з допомогою Агентства США з міжнародного розвитку. Інформація, яка відображена в цьому документі не завжди відтворює погляди Агентства США з міжнародного розвитку або уряду Сполучених Штатів.



ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ



MOTHER & INFANT HEALTH