**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Невиношування вагітності».**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

**рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

**ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян* *з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 1 від 30.08.2023 року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Тема. Невиношування вагітності.**

**І. Науково-методичне обґрунтування теми.**

Серед важливих проблем практичного акушерства одне із провідних місць належить невиношуванню вагітності. Частота цієї патології складає 10 - 35% від загального числа вагітностей і не має тенденції до зниження. Невиношування вагітності та передчасні пологи є універсальними показниками реакції організму на будь-яке значне неблагополуччя матері, плода, факторів навколишнього середовища, професійно-виробничих факторів та інших несприятливих впливів.

**ІІ. Навчально-виховні цілі.**

Для формування знань студент повинен ***знати:***

1. Визначення поняття “невиношування вагітності”.
2. Причини, що обумовлюють невиношування вагітності.
3. Клінічні форми невиношування вагітності.
4. Фактори ризику мимовільного аборту.
5. Класифікацію мимовільного аборту.
6. Клініку, діагностику, лікування загрожуючого мимовільного та аборту в ходу.
7. Лікарську тактику при загрожуючому мимовільного та аборті в ходу.
8. Визначення поняття «аборт, що не відбувся».
9. Причини, клініку, діагностику та тактику ведення пацієнтки з абортом, що не відбувся.
10. Визначення терміну “звичний аборт”.
11. Методи обстеження жінок зі звичним невиношуваням вагітності.
12. Тактику ведення вагітності у жінок із звичним абортом.
13. Визначення поняття “істміко-цервікальна недостатність”.
14. Класифікацію істміко-цервікальної недостатності.
15. Клініку, діагностику та лікування істміко-цервікальної недостатності.
16. Визначення поняття передчасні пологи.
17. Класифікацію передчасних пологів.
18. Етіологію передчасних пологів.
19. Фактори ризику передчасних пологів.
20. Методи прогнозування і діагностики передчасних пологів.
21. Принципи ведення передчасних пологів.
22. Особливості тактики ведення передчасних пологів.
23. Наслідки передчасних пологів для плода різних термінів гестації.
24. Профілактику передчасних пологів.
25. Методи профілактики невиношування.

У результаті проведення заняття студент повинен ***уміти:***

1. Оцінити фактори ризику невиношування вагітності при збиранні анамнезу.
2. Діагностувати клінічні форми та стадії мимовільного аборту.
3. Скласти план лікарської тактики при загрозливому мимовільному аборті.
4. Призначати лікування загрозливого мимовільного аборту.
5. Призначати клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
6. Оцінити результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
7. Оцінити фактори ризику передчасних пологів.
8. Діагностувати передчасні пологи.
9. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення для вагітної з факторами ризику передчасних пологів.
10. Скласти й обґрунтувати план індивідуального ведення передчасних пологів. Надати акушерську допомогу при передчасних пологах (на фантомі).
11. Оцінити стан новонародженого у разі передчасних пологів.

**ІІІ. Вихідні і базові знання.**

1. Нормальна анатомія: анатомія жіночого тазу та пологових шляхів.
2. Нормальна фізіологія: будова м’язового волокна та етапи м’язової роботи в пологах.
3. Фармакологія: фармакодинаміка і фармакокінетика токолітичних препаратів.
4. Сімейна медицина: алгоритм спостереження вагітної з фізіологічним перебігом вагітності, діагностичні критерії початку пологової діяльності, алгоритм ведення фізіологічних пологів, алгоритм спостереження породіллі в пізньому післяпологовому періоді в амбулаторних умовах.

**IV. Зміст навчального матеріалу.**

***Невиношування вагітності*** – 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:

* ранній мимовільний аборт – спонтанне (мимовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
* пізній мимовільний 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 І триместрі – 75–80%;
* у ІІ триместрі – 9–12%;
* в ІІІ триместрі - 4 – 8%.

Висока частота переривань у І 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 низкою інших причин, зокрема, з інфекцією, радіацією, стресом тощо.

Невиношування – поліетіологічна патологія. Порушення вагітності, як правило, обумовлено поєднанням низки причин, які можуть діяти або водночас, або приєднуватись з прогресуванням вагітності.

**МИМОВІЛЬНИЙ АБОРТ (ВИКИДЕНЬ)**

Мимовільний аборт відбувається без будь-яких зовнішніх втручань. Якщо мимовільний аборт у жінки повторюється більше як 2 рази, його називають ***звичним***.

**Етіологія**

1. **Материнські причини:**

* *нейро-ендокринні* – гіпофункція яєчників (недостатність фолікулярної і/або лютеїнової фази циклу, хронічна ановуляція, первинна яєчникова недостатність); порушення в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники (гіпофункція гіпофізу, синдром полікістозних яєчників – СПКЯ, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирникового, змішаного генезу, тірєопатія та їх поєднання);
* *анатомо-функціональні* – вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньо маткові сінехії, патологія рецепторного апарату, гіпоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;
* *інфекційні* – інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовнопатогенними мікроорганізмами;
* *імунологічні* – аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак тощо), алоімунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсибілізація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси;
* *генетичні фактори і хромосомні аномалії* – найбільш часті хромосомні порушення – трисомія, моносомія, триплоідія, тетраплоідія.

2. **Патологія вагітності** – важкі форми ранніх гестозів, міхурцевий занесок.

3. **Екстрагенітальна патологія** матері.

4. **Соціально-середовищні** фактори:

* екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря тощо);
* 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).

5. **Нез’ясовані причини**.

**Фактори ризику мимовільного аборту**

* пізнє менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
* порушення менструального циклу;
* медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
* безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних

технологій;

* наявність мимовільного 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 в першому триместрі 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, лімфоциті 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 виганяється 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 викидню спостерігається в основному у другому триместрі вагітності і перебігає по типу пологів*.

В більш пізні терміни вагітності падіння продукції стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні терміни. 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, 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.

*Провідним компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов’язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність “запираючого” апарату матки.*

**Класифікація**

*1. За стадіями розвитку виділяють:*

* загрозливий аборт
* аборт «в ходу»
* неповний аборт,
* повний аборт

*2. Розрізняють також:*

* аборт, що не відбувся (припинення розвитку ембріона/плода)
* інфікований аборт

***Загрозливий аборт.***

**Клініка.** При загрозливому аборті у хворої відмічається тягнучий біль в нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер; можливі скудні або помірні кров’янисті виділення із статевих шляхів, затримка місячних.

**Діагностика.**

*При огляді у дзеркалах* зовнішнє вічко закрито, спостерігаються скудні або помірні кров’янисті виділення.

*Бімануальне піхвове* дослідження свідчить, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають терміну вагітності

*УЗ ознаками* загрози аборту будуть наявність локального потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки, деформація контурів плідного яйця, його вдавлення за рахунок гіпертонусу матки, наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.

**Тактика ведення загрозливого аборту.** 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 6 мм (трансвагінально), 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 (трансабдомінально), брадикардія, пусте плідне яйце діаметром 15 мм при терміні гестації 7 тижнів, 21 мм – 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 аборту 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.**

1. Першою лінією терапії є препарати *прогестерону*.

Показанням для застосування прогестерону:

* наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень);
* доведена до вагітності недостатність лютеінової фази;
* вилікуване 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. Застосування інших традиційних методів лікування (ліжковий режим, спазмолітична та седативна терапія) не мають доказів ефективного та безпечного застосування.

Препарати прогестерону:

* масляний / водний розчин прогестерону 1% (2,5%) - 1,0
* мікронізований прогестерон 200 – 400 мг. Можливе застосування вагінально, перорально, сублінгвально; В разі кров’яних виділень можливо збільшення дозування до 600 мг та більше.
* синтетичні похідні прогестерону - дидрогестерон 10 мг 3-4 разів на добу перорально.

*Різні препарати прогестерону не можна призначати одночасно.*

1. В разі наявності кров’яних виділень, наявності ретрохоріальної/ретроамніотичної гематоми призначається *гемостатична терапія* – транексамова кислота 1г + Фізіологічний розчин 200,0 в/в крапельно, транексамова кислота 250-500 мг перорально, етамзілат натрію 12,5%-2,0 в/м, дицинин 250 мг/2 мл.
2. *Спазмолітична терапія* –папаверину гідрохлорид 2,0, свічки ректальні папаверин
3. В другому триместрі вагітності з метою усунення переймоподібного болю внизу живота призначаються *токолітичні препарати*:

*Бета-міметики* - гініпрал, рітодрин та їх аналоги (*гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/вінфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину*).

*Блокатори кальцієвих каналів* - *ніфедіпіну* 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.

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 ходу***

**Клініка.** Ця стадія самовільного аборту супроводжується тягнучим 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 може не відповідати терміну вагітності.

*УЗД*: повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів), наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

**Тактика ведення аборту в ходу.**

*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 утеротоників:*

* 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 500 мл 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 утеротоників:
* **окситоцин** 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
* **ергометрин** 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 peктально.

*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 інтенсивності, переважно значні.

**Діагностика.**

*При огляді у дзеркалах* визначається вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров’янистими виділеннями різного ступеня інтенсивності.

*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°С.

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* може використовуватися:

* лише у разі підтвердженого неповного аборту 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** – 800-1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у заднє склепіння піхви під час огляду у дзеркалах. 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.

***Повний аборт***

**Клініка.** При повному аборті хвора може скаржитись на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної інтенсивності (може бути відсутній), незначні кров’янисті 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’янисті 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), ембріон/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 або плода)***

**Клініка**. Припинення розвитку вагітності із затримкою плодових тканин в матці супроводжується зникненням суб’єктивних ознак вагітності. Іноді спостерігаються кров’янисті 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 гонадотропину.
* 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 або 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 (мізопростол), 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 аборту***

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 аборту необхідною є психологічна реабілітація.

При необхідності проведення медико – генетичного консультування.

В плані подальшого ведення передбачена *неспецифічна прегравидарна підготовка:* антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.

**ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ (ІЦН)**

Істміко-цервікальна недостатність продовжує залишатись однією з найбільш значущих проблем сучасного акушерства, оскільки призводить до екстремально ранніх передчасних пологів і народженню немовлят з глибокою морфо-функціональною незрілістю.

ІЦН проявляється, перш за все, неспроможністю циркулярної мускулатури ділянки внутрішнього вічка, що спричиняє розвиток недостатності перешийка й шийки матки. Вони втрачають можливість протистояти внутрішньоматковому тиску, який підвищується з терміном гестації, і утримувати плодове яйце, що прогресивно збільшується, в порожнині матки до своєчасних пологів.

**Класифікація:**

1. Анатомічна (травматична, органічна) – виникає внаслідок внутрішньоматкових маніпуляцій, що супроводжуються механічним розширенням цервікального каналу, а також патологічними пологами з глибокими розривами шийки.
2. Функціональна – є наслідком гормонального дисбалансу на фоні якого виникає та розвивається вагітність (гіперандрогенія, гіпофункція яєчників, недостатності лютеінової фази, метаболічний синдром).
3. Вроджена – є здебільшого наслідком генітального інфантилізму або вад розвитку матки.

**Етіологія:**

1. Генетичні чинники (близькі родичі, що мали таке ускладнення)
2. Інфекційний чинник (ІПСШ, TORCH–інфекції, запальні захворювання піхви та шийки матки, інтраамніотичне запалення).
3. Дисбіоз піхви
4. Недиференційована дисплазія сполучної тканини (порушення процесів метаболізму колагену I, III, IV типів).
5. Недостатність мікроелементів – вплив на метаболізм колагену (вітамін D, магній, кальцій, фосфор, калій, натрій)

**Клініка:** передчасне, безболісне вкорочення та розкриття шийки матки що призводить до втрати вагітності. *Клінічні ознаки переривання вагітності чи передчасних пологів (біль в животі, крижі, попереку) відсутні.*

Анамнестичні відомості та результати зовнішнього дослідження не вказують на підвищений тонус матки, але інколи вагітну можуть турбувати відчуття тиску, розпирання, колючий біль у піхві, відчуття дискомфорту внизу живота, слизові або скудні кров’янисті виділення з піхви. Клінічно переривання вагітності при ІЦН починається з виливання навколоплодової рідини і закінчується народженням плодового яйця/плоду доволі швидко після початку незначного болю.

Переривання вагітності частіше за все відбувається в термінах від 16 до 28 тижня вагітності. При цьому вважають, що жінки, у яких спонтанне переривання вагітності відбулося в терміні до 24 тижнів гестації, мають більший ризик укорочення ШМ в наступних вагітностях, ніж ті, у яких передчасні пологи відбулися після 24 тижнів.

**Діагностика:** базується на клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних методах дослідження.

**1.** Піхвове дослідження – класифікація, згідно наявності/відсутності пролабування плодового міхура:

І – плодовий міхур вище внутрішнього вічка;

ІІ – плодовий міхур на рівні внутрішнього вічка, але не візуалізується;

ІІІ – плодовий міхур у просвіті ЦК;

ІV – плодовий міхур пролабує в піхву.

**2.** Ультразвукове дослідження – найбільш інформативним методом діагностики є УЗД з використанням трансвагінального датчика:

1. Укорочення ШМ до 25 мм та більше в терміні 16 – 24 тижні;
2. Клиноподібна трансформація цервікального каналу на 40% довжини та більше;
3. Форма деформації цервікального каналу (V-/U- подібна);
4. Розкриття цервікального каналу;
5. Співвідношення довжини шийки матки до її діаметру на рівні внутрішнього вічка;
6. Ширина шийки матки на рівні внутрішнього вічка у порівнянні із зовнішнім;
7. Навантажувальні проби (кашльовий тест Вальсальви, натискання на дно матки).

**Лікування.**

1. Препарати прогестерону:
* масляний / водний розчин прогестерону 1% (2,5%) - 1,0
* мікронізований прогестерон 200 – 400 мг. Можливе застосування вагінально, перорально, сублінгвально; В разі кров’яних виділень можливо збільшення дозування до 600 мг та більше.
* синтетичні похідні прогестерону - дидрогестерон 10 мг 3-4 разів на добу перорально.
1. Санація статевих шляхів з використанням патогенетично обґрунтованого місцевого антимікробного препарату.
2. Препарати магнію
3. Хірургічне відновлення обтураційної спроможності шийки матки – накладання профілактичного чи лікувального шва на шийку матки або акушерського розвантажувального песарію.

**Показання:**

* наявність в анамнезі двох і більше мимовільних викиднів і передчасних пологів у другому та третьому триместрах вагітності
* прогресуюча, за даними клінічного та УЗД дослідження, недостатність ШМ

**Протипоказання:**

* наявність захворювань і патологічних станів, при яких збереження вагітності є протипоказаним (важкі форми захворювань серцево-судинної системи, печінки, нирок, інфекційні, психічні, генетичні захворювання та ін.)
* підвищена скоротлива активність матки
* кровотеча під час вагітності
* вади розвитку плода
* наявність вагітності, що не розвивається
* ІІІ – ІV ступінь чистоти піхви та наявність патогенної флори в секреті каналу шийки матки.

**Загальні умови застосування шва:**

* + живий плід без видимих вад розвитку;
	+ цілий плідний міхур;
	+ відсутність ознак хоріонамніоніту;
	+ відсутність пологової діяльності та/або кровотечі;
	+ перший або другий ступінь чистоти піхви.
	+ адекватне знеболення

***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. Проводиться в терміні 13 – 16 тижнів вагітності за наявності вищевказаних умов.

***Терапевтичний шов на шийку матки.*** Циркулярний шов на шийку матки за методикою Shirodkar, McDonald, Любимової-Мамедалієвої виконується при наявності клінічних ознак істміко-цервікальної недостатності у вагітної.

**Ускладнення:**

* + прорізування ниток крізь тканину шийки матки
	+ утворення нориць і пролежнів на шийці матки

***Встановлення песарію.*** Можливо проведення процедури в амбулаторних/стаціонарних умовах без знеболення. Підбір розміру песарія виконуєтсья відповідно до довжини шийки матки, наявності/відсутності розкриття внутрішнього вічка та номеру вагітності/пологів. Постановка песарію виконується на гінекологічному кріслі після лубрікація песарію та піхви вагітної.

1. Нехірургічна методика – полягає в застосування акушерського песарію. Найбільш поширеними на сьогодні є акушерський розвантажувальній песарій та силіконовий цервікальний перфорований песарій. Введення песарію будь-якого типу виконують після сечовипускання за умови І – ІІ ступеня чистоти піхвового мазка під час гінекологічного огляду вагітної.
2. Періодичний контроль ефективності лікування (бактеріологічне/-скопічне дослідження виділень з піхви – 1 раз на 2 тижні, УЗД (довжина ШМ – 1 раз на тиждень)).
3. Планове видалення песарію або зняття циркулярного шва в 37 – 38 тижнів вагітності

**Профілактика.** Має проводитись на прегравідарному етапі

1. Санація статевих шляхів з урахуванням чутливості до мікробних агентів.
2. Виявлення та корекція порушень гормонального фона
3. Призначення препаратів прогестерону з ранніх термінів вагітності жінкам, що мають фактори ризику чи ІЦН в анамнезі при попередніх вагітностях.
4. Відновлення обтураційної функції шийки матки жінкам поза вагітністю, які мали в попередніх вагітностях/пологах розриви та травми шийки матки (анатомічна ІЦН)

**ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ**

***Передчасні пологи*** –(рartus 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 36 тижнів + 6 днів.

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 + 6 днів – екстремально ранні передчасні пологи;

28–33 тижні + 6 днів – ранні передчасні пологи;

34–36 тижнів + 6 днів – передчасні пологи.

**Етіологія**

Передчасні пологи в термінах *22–27 тижнів + 6 днів* найчастіше зумовлені інфікуванням нижнього полюсу плідного міхура та його передчасним розривом, істміко-цервікальною недостатністю.

Передчасні пологи в термінах гестації *28*–*33 тижні* *+ 6 днів* обумовлені різноманітними причинами. Можуть відігравати роль акушерські причини (неправильне положення плода, передлежання плаценти, багатопліддя, багатоводдя, вади розвитку матки, імунологічні конфлікти при вагітності, прееклампсії/еклампсії, плацентарна дисфункція тощо), інфантилізм, ектрагенітальна патологія, інфекційні захворювання матері, негативний вплив навколишнього середовища, шкідливі звички, стреси тощо.

**Факторами ризику передчасних пологів є:**

* низький соціально-економічний рівень життя;
* психо-емоційні розлади;
* передчасні пологи в анамнезі;
* передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО);
* 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;
* вроджені вади розвитку плода;
* екстрагенітальні 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 и 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 матриксу 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 34–36 мм. *Імовірність передчасних пологів збільшується, якщо довжина шийки матки становить менш 25 мм, при довжині шийки матки менше або рівною 15 мм 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 призводить 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 ступеня 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 пологах.
2. Визначення плану ведення пологів і поінформованої згоди його з жінкою.
3. Контроль стану матері та плода з веденням партограми. Після 30 тижнів вагітності за наявності відповідного обладнання та навченого медичного персоналу контроль за станом плода рекомендовано здійснюватися шляхом постійного фетального моніторінгу (кардіотокографії).
4. Використання кортикостероїдів з метою профілактики респіраторного дистрес-синдрому з 24 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 ІІІ 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.

1. Використання кортикостероідної 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 стероідної терапії може мати відчутний ефект.

***Профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода проводиться з 24 до 34 тижнів вагітності****:*

* при загрозі передчасних пологів в/м введення дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг), або бетаметазону по 12 мг кожні 24 години (на курс 24 мг);
* у разі початку передчасних пологів введення дексаметазону в/м по 6 мг кожні 6 годин (на курс 24 мг), або бетаметазону по 12 мг через 12 годин (на курс 24мг).

*Повторні курси профілактики кортикостероїдами не проводять.*

Застосування кортикостероїдів у термінах 24-28 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 сурфактантомта 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.

Слід визнати, що лише використання бетаметазону у порівнянні з дексаметазоном супроводжується достовірним зниженням рівня перинатальної смертності.

1. При передчасному відходженні навколоплідних вод може бути обрана *очікувальна тактика* (без індукції пологової діяльності):
* у вагітних з низьким ступенем прогнозованого перинатального і акушерського ризику;
* при задовільному стані плода;
* за відсутності клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла > 380С, 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).
1. 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.

Для токолітичної терапії можуть застосовуватися антагоністи окситоцину, бетаміметики, блокатори кальцієвих каналів. Методи токолізу обираються індивідуально.

**Протипоказання до токолізу при передчасних родах:**

* будь-які протипоказання до пролонгування вагітності;
* гестаційна гіпертензія із протеінурією та інші медичні протипоказання;
* хоріоамніоніт;
* зрілий плід;
* загибель плода або несумісні 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, атозибан – 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-міметики гініпрал, рітодрин та їх аналоги (*гініпрал у дозі 10мкг (2 мл) застосовується у вигляді в/вінфузій на 500,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду зі швидкістю 5-10 крапель за хвилину*).

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.

*Через 2 години після початку токолізу підтвердити діагноз передчасних пологів констатацією згладжування, чи розкриття шийки матки. Якщо передчасні пологи прогресують – токоліз відміняють*.

Далі, з метою динамічного та наглядного спостереження за перебігом пологів, станом матері та плода, а також з метою своєчасного прийняття обґрунтованого рішення щодо подальшої тактики ведення передчасних пологів, визначення обсягу необхідних втручань використовують запис партограми. Ведення партограми не виключає одночасні записи в історії пологів при передчасних пологах.

1. Призначення інтранатальної антибактеріальної терапії проводиться у випадках наявності ознак інфекції. *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.* Макролідам надають перевагу над антибіотиками більш широкого спектра дії, тому що при рівній ефективності з напівсинтетичними пеніцилінами або цефалоспоринами та макроліди приводять до меншої кількості ускладнень.

З метою діагностики дихальних розладів у недоношених новонароджених виконують оцінку за ***шкалою Сільвермана*** (при народженні, через 2, 6, 12 та 24 години життя). При цьому в балах оцінюють наступні ознаки:

*Рухи грудної клітини:*

0 балів – груди та живіт рівномірно приймають учать в акті дихання

1 бал – аритмічне, нерівномірне дихання

2 бали – парадоксальне дихання

*Втяжіння межреберій:*

0 балів – відсутні

1 бал – незначно виражено

2 бали – різко виражено

*Втяжіння грудини:*

0 балів – відсутнє

1 бал – помірно виражене

2 бали - різко виражено, тримається постійно

*Положення нижньої щелепи:*

0 балів – рот закритий, нижня щелепа не западає

1 бал – рот закритий, нижня щелепа западає

2 бал – рот відкритий, нижня щелепа западає

*Дихання:*

0 балів – спокійне, рівномірне

1 бал – при аускультації утруднений вдих

2 бали – стогнуче дихання, чутне на відстані

**При 35-36 тижнях вагітності за умови відсутності ознак інфекції антибактеріальну терапію починають через 18 годин безводного проміжку.** 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 простагландинами, а при незрілій шийці матки проводиться підготовка до пологів інтравагінальним введеням простагландину Е2.

За показаннями – кесарський розтин.

1. Знеболювання пологів, при інформованій згоді вагітної, проводиться так, як і при веденні фізіологічних пологів. Наркотичні анальгетики не використовуються.
2. Ведення II-го і III-го періодів таке ж, як і при фізіологічних своєчасних пологах.
3. Рутинна пудентальна анестезія або епізіо-/перинеотомія не проводяться.
4. II період пологів ведеться в присутності неонатолога, після народження немовля передається неонатологу.

**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 паралич);
* 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 34-36 тижнів + 6 днів 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. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2% навчального часу; |
| Мотивація теми | 3% навчального часу; |
| Контроль вихідного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Самостійна робота студента  | 35%навчального часу; |
| Контроль остаточного рівня знань | 20% навчального часу; |
| Оцінка знань студентів | 15% навчального часу; |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5% навчального часу; |

**VI. Основні етапи заняття**

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.
2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація вагітних та породіль. Самостійне розв’язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану й прогнозу пологів та післяпологового періоду.
3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

**VII. Методичне забезпечення**

Місце проведення заняття – відділення гінекології, відділення патології вагітних, навчальна кімната.

Оснащення - таблиці, слайди, історії вагітності та пологів, фантоми.

**VIIІ. Контрольні запитання та завдання**

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 невиношування вагітності?
22. Яке визначення поняття передчасні пологи?
23. Яка етіологія та патогенез передчасних пологів?
24. Які фактори ризику передчасних пологів?
25. Які фактори перинатального ризику для новонародженого при передчасних пологах?
26. Які клінічні ознаки передчасних пологів?
27. Які методи діагностики передчасних пологів?
28. Яка тактика ведення передчасних пологів?
29. Які особливості перебігу передчасних пологів?
30. Як виконується профілактика РДС?
31. Які особливості нагляду за недоношеним малюками?
32. Які методи профілактики передчасних пологів?

**ХІ. Завдання для позааудиторної роботи:**

1. Провести клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду при передчасному розриві плодового міхура і недоношеній вагітності за матеріалами міського пологового будинку

**X. Тестовий контроль**

1. В., 27 років, поступила в стаціонар з направленням жіночої консультації для лікування. В анамнезі - 2 самовільні аборти. При обстеженні виявлено вагітність 14 тижнів, вкорочена шийка матки, вічко пропускає кінчик пальця. Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. Тактика лікаря:

A. Накласти циркулярний шов на шийку матки

B. Ліжковий режим із призначенням седативних препаратів.

C. Не чекати виникнення самовільного аборту, а ввести утеротонічні препарати.

D. Провести гормональне лікування.

E. Зробити амніоцентез та перервати вагітність

2. Вагітна 30 років, вагітність 35 тижнів. При поступленні скарги на переймоподібні болі внизу живота. Встановлено: матка напружена, серцебиття плода ритмічне, 110 уд/хв. Шийка матки закрита. Діагноз:

A. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

B. Загроза передчасних пологів.

C. Передлежання плаценти.

D. Загроза розриву матки.

E. Емболія навколоплодовими водами.

3. Вагітна поступила в стаціонар з болями внизу живота, які виникають в попереку і мають переймоподібний характер. Годину тому з’явились кров’яні виділення. Об’єктивно: матка збільшена до 7-тижневої вагітності, щільна, збудлива при пальпації. Шийка матки дещо вкорочена, вічко закрите. Маткові труби не визначаються. Діагноз:

A. Загрожуючий самовільний аборт

B. Фіброміома матки.

C. Порушена позаматкова вагітність.

D. Нормальна 7-тижнева вагітність.

E. Рак матки.

4. Жінка 29 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на болі внизу живота, мажучі кров’яні виділення із статевих шляхів. Діагностована вагітність 7-8 тижнів, вагітність 4, 1 закінчилась штучним абортом в терміні 9 тижнів. Під час аборту були труднощі із розкриттям шийки матки. Дві наступні вагітності закінчились самовільними абортами у 20-21 тижні. Rh – негативний тип крові без ізосенбілітації. Яка найбільш вірогідна причина невиношування в даному випадку?

A. Істмико-цервікальна недостатність

B. Генетична патологія

C. Rh- конфлікт

D. Метроендометрит

E. Збільшений вміст чоловічих статевих гормонів

5. Вагітна 25 років, доставлена машиною швидкої допомоги з матковою кровотечею. На протязі останніх днів відчувала тягнучі болі у нижніх відділах живота, але до лікаря не зверталась. Годину тому з'явилися переймоподібні болі внизу живота і кровотеча. Хвора спостерігалась в жіночий консультації з приводу вагітності 11-12 тижнів. Піхвове дослідження: піхва заповнена згортками крові, шийка матки розкрита на 2 см, В каналі визначається напружений плідний міхур. Матка збільшена до розмірів 11-12 тижнів вагітності, напружена. Виділення кров'янисті, дуже рясні. Які дії повинен вжити лікар ?

А. Вишкрібання порожнини матки

B. Проведення токолітичної терапії

C. Консервативне спостереження

D. Призначення прогестерону

E. Проведення гемотрасфузії

6. Вагітна 28 років, поступила в стаціонар з II вагітністю 28-29 тижнів, загрозою передчасних пологів. З’ясовано, що в терміні 7-8 та в 13-14 тижнів вагітності знаходилась в гінекологічному відділенні в зв’язку з загрозою самовільного аборту. Які з методів патогенетичної терапії найбільш обов’язкові у вагітної?

А. Глюкокортикоїди

В. Прогестерон

С. α-адреноблокатори

D. Магнезіальна терапія

Е. β-адреномиметики

7. На обліку в ЖК спостерігається вагітна 26 років. Скарги відсутні. В анамнезі один медичний аборт и два самовільних викидня в терміні 18 та 21 тиждень. При вагінальному дослідженні в 17 тижнів: шийка матки до 1,5 см, м’яка, канал шийки матки пропускає один палець. Тактика лікаря ЖК?

А. Продовжити амбулаторний нагляд.

В. Назначити седативну і спазмолитичну терапію.

С. Провести курс лікування токолітиками.

D. Госпиталізувати вагітну.

Е. Рекомендувати ліжковий режим

8. 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 І періоду передчасних пологів?

А. Наявність однієї перейми за 10 хвилин тривалістю 15-20 сек

В. Згладжування і відкриття шийки матки

С. Опускання голівки в малий таз

D. Відходження навколоплідних вод

Е. Термін вагітності.

9. 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?

А. Екстримально ранні передчасні пологи

В. Ранні передчасні пологи;

С. Передчасні пологи.

D. Своєчасні пологи.

Е. Пізній мимовільний викидень

10. Діагностувати причини звичайного невиношування вагітності необхідно:

A. До настання вагітності

B. В ранньому терміні вагітності

C. Не пізніше 20 тижнів вагітності

D. В строки раніш виникаючих викиднів

E. Після 20 тижнів вагітності

**XI. Ситуаційні задачі**

**1**. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягнучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.

***Питання:*** Який імовірний діагноз? Яка тактика ведення?

**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, відкриття маткового вічка 3 см, плідний міхур відсутній, пальпується голівка плода, кров’яні виділення помірні.

***Питання:*** Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

**3.** 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.

***Питання:*** Яка Ваша тактика? Чи необхідно транспортувати роділлю в стаціонар III рівня? Чи потрібно проводити профілактику дистрес-синдрому?

**4.** 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 фібронектину у вагінальному секреті не має.

***Питання:*** Який прогноз? Тактика ведення.

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров’я Украіни», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.-  К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015