

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Навчально-науковий інститут громадського здоров'я та профілактичної медицини

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

НРК5 «Лабораторна діагностика в клінічній практиці (в тому числі акушерство та гінекологія; неврологія; психіатрія та наркологія; оториноларингологія; офтальмологія)»

Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

***Тема:* «Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»**

ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Освітній рівень: перший (бакалаврський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я та соціального забезпечення»

Спеціальність: 224 «Технології медичної діагностики та лікування»

Освітня програма: «Лабораторна діагностика» «Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол №19 від 24.06. 2025 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
професор Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

2025–2026 навчальний рік

Методична вказівка Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період. Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»

для студентів за освітнім рівнем перший (бакалаврський), спеціальність І6 «Технології медичної діагностики та лікування», 4 курсу, Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Розробники:

- завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.м.н., професор Говсєєв Д.О.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О.А.,
- доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А.Б.,
- асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №1

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема «Фізіологічна вагітність, пологи та післяпологовий період»

I. Актуальність теми

Вагітність є додатковим навантаженням на організм жінки, пов'язаним із становленням нової функціональної системи мати – плід. Це сукупність двох самостійних організмів, поєднаних загальною метою забезпечення правильного, фізіологічного розвитку плода. Для забезпечення життєдіяльності, росту і розвитку ембріона та плода в організмі матері відбуваються суттєві зміни, які стосуються практично всіх систем організму. Компенсаторні зміни в органах і системах організму вагітної призводять гомеостаз у стан нестійкої напруженої рівноваги. Порушення цієї рівноваги можуть спричинити зміни гомеостазу та реалізацію тієї чи іншої акушерської чи екстрагенітальної патології, про що треба знати лікарям всіх спеціальностей.

Якісне обстеження вагітних потребує ретельного вивчення анамнезу, об'єктивного фізикального обстеження та ряду допоміжних лабораторних та функціональних методів діагностики. На занятті студенти знайомляться з основами акушерської термінології, особливостями пальпації та аускультатії живота вагітної, ультразвукової фетоплацентометрії. Отримані знання складають базу для подальшого вивчення фізіології та біомеханізму пологів, діагностики стану плода та лікувальних заходів щодо вагітних.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- із фізіологічними змінами в організмі вагітної.
- діагностичними ознаками вагітності

Засвоїти ($\alpha=2$):

- Сумнівні, імовірні та вірогідні ознаки вагітності та їх діагностичну цінність.
- Апаратні методи діагностики вагітності у ранні строки.
- Лабораторні (імунологічні) методи діагностики вагітності у ранні строки.
- Методи розрахунку дати пологів.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Оцінка скарг жінки, які виникли у зв'язку з вагітністю.
- Встановлення терміну вагітності й пологів;

Вміти ($\alpha=4$):

- Встановити терміни вагітності й пологів;

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та

- толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
1	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
2	Гістологія	Гістологічну будову тіла та шийки матки	Описати зміни, що відбуваються в статевих органах при вагітності
3	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Оцінювати розташування шийки матки в тазу
4	Терапія	Норми та відхилення від основних функціональних показників печінки та нирок	Оцінити зміни, що відбуваються в органах та системах при вагітності.
Забезпечувані дисципліни			
1	Сімейна медицина	Методи обстеження вагітних ранніх та пізніх термінів	Діагностувати і вагітність та скласти план обстеження вагітної

V. Зміст навчального матеріалу

1.Фізіологічні зміни в організмі вагітної

1.1.Психологічний стан

Зміни психологічного стану проявляються у вигляді емоційних відчуттів: дратливість, депресія та ін. На розвиток психологічних порушень під час вагітності впливають наступні фактори:

- гормональні і фізіологічні зміни;
- особисті властивості;
- соціально-економічний статус;
- відношення у сім'ї;
- невирішені конфлікти;
- генетична схильність (наприклад, до депресії);
- фізичні і психічні захворювання;

- вживання алкоголю та наркотиків.

Емоційні і фізичні відчуття майбутніх матерів лікарям необхідно враховувати під час нагляду за перебігом вагітності, у пологах і в післяпологовому періоді.

1.2. Дисконфортні стани

Під час вагітності доволі часто виникають типові дисконфортні стани, які не мають серйозних наслідків, але призводять до значного дискомфорту і неприємних відчуттів у вагітної. До таких станів слід відносити: втома, ранкова нудота/блювота, печія, закрепи, болі у спині, геморой, набряки ніг.

1.3. Імунна система

В процесі розвитку вагітності між організмами матері і плода формуються складні імунологічні відношення, засновані на принципі прямого і зворотного зв'язку. Антигенна активність плода виникає і розвивається поступово.

Найбільш раннім імунним бар'єром є блискачча оболонка, яка формує захисний шар навколо яйцеклітини і в подальшому зберігається від моменту запліднення майже до стадії імплантації. При вагітності:

- **пригнічуються** фактори місцевого та загального імунітету в материнському організмі. Реакції обумовлені дією ХГЛ, плацентарного лактогену, глюкокортикоїдів, естрогенів, прогестерону, альфа-фетопротейну, альфа-2-глікопротеїну, трофобласт- специфічного глобуліну;
- **формується** імунологічна толерантність між материнським організмом і плодом.

1.4. Ендокринна система

- **гіпоталамус:** супраоптичні та паравентрикулярні ядра посилюють утворення окситоцину та вазопресину, вони також беруть участь у регулюванні секреції аденогіпофізом фолі-, лютропіну, кортикотропіну й тиротропіну;
- **гіпофіз:** збільшується у 2-3 рази за рахунок гіперплазії та гіпертрофії його клітин, зростає секреція гонадотропних гормонів,

збільшується продукція пролактину, пригнічується продукція СТГ;

- **щитоподібна залоза:** збільшується у розмірах (у 35-40% вагітних), функція її збільшується, але залишається еутиреоїдною, підсилюється продукція тироксин-зв'язувального глобуліну (дія естрогенів), підвищуються рівні загального T_3 та T_4 , рівень вільного T_4 залишається в межах норми;

- **паращитоподібні залози** функціонують з підвищеною активністю, у разі зниження їх функції розвивається гіпокальціємія, що проявляється судомами, спазмами пілоричного відділу шлунку, астматичними явищами;

- **наднирники** в них спостерігається гіперплазія кори та посилення кровотоку, що призводить до підвищеної продукції глюкокортикоїдів, що регулюють вуглеводний та білковий обмін і мінералокортикоїдів, що регулюють мінеральний обмін;

- **підвищується** інсулінорезистентність (чутливість до інсуліну знижується на 50-80%), знижується вживання тканинами глюкози, знижується рівень глюкози в крові;

- **яєчники:** утворюється нова залоза внутрішньої секреції – жовте тіло, що продукує прогестерон (знижує збудливість і скоротливу здатність матки, створює умови для імплантації плідного яйця та правильного розвитку вагітності), функціонує перші 3,5-4 місяці вагітності;

- **плацента – основна ланка, яка пов'язує організм матері і плода.** З 7 доби вагітності відзначається зростання концентрацій хоріонічного гонадотропіну людини (бета-ХГЛ) та прогестерону, естрогени синтезуються переважно комплексом плацента-плід з метаболітів холестерину матері, а їхня продукція в нормі неухильно збільшується, що забезпечує ріст і розвиток матки, регуляцію біохімічних процесів у міометрії, збільшення активності ферментних систем, підвищення енергетичного обміну, накопичення глікогену та

АТФ. *Плацентарний лактоген (ПЛ)* – утворюється синцитіотрофобластом плаценти з 5-6 тижня вагітності (90% ПЛ перебуває у плазмі вагітної і 10% – в амніотичній рідині) і його максимальна концентрація визначається на 36-37 тижні вагітності, потім його рівень стабілізується і починає знижуватись з 40-41 тижня вагітності. Концентрація ПЛ прямо корелює з масою плода і різко зростає у разі захворювання нирок у матері.

1.5.Центральна нервова система

- ***збудливість кори головного мозку*** знижується до 3-4 місяця, а потім поступове підвищення збуджуваності (пов'язано з формуванням у корі головного мозку вогнища підвищеної збудливості – гестаційної домінанти, що проявляється певною загальмованістю вагітної та спрямуванням її інтересів на виношування вагітності);
- ***знижена збудливість*** відділів ЦНС, які знаходяться нижче, а також рефлекторного апарату матки. Напередодні пологів збуджуваність спинного мозку і нервових елементів матки збільшується;
- ***змінюється тонус вегетативної нервової системи***, що зумовлює на ранніх термінах вагітності такі симптоми, як сонливість, підвищену дратівливість, плаксивість, запаморочення.

1.6.Серцево-судинна система

- ***серце:*** систолічний шум (95%) та систолічний ритм галопу (90%);
- ***центральна гемодинаміка:*** збільшення об'єму крові, що циркулює (ОЦК) починається з 6 тижня вагітності, швидко збільшується до 20-24 тижнів і у 36 тижнів збільшення становить 35-45%. Збільшення ОЦК відбувається за рахунок збільшення об'єму плазми, що циркулює (ОЦП); об'єм циркулюючих еритроцитів

збільшується на 11-30%

- **серцевий викид чи хвилинний об'єм серця (ХОС):** підвищується на 30-40% починаючи з ранніх термінів вагітності і досягаючи максимуму у 20-24 тижні вагітності. У першій половині вагітності серцевий викид збільшується за рахунок зростання ударного об'єму серця (на 30 – 40%). У другій половині вагітності переважно за рахунок підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 15%.

- **зниження систолічного і діастолічного АТ** з початку вагітності до 24 тижня вагітності (на 5-15 мм рт.ст. від вихідного); зниження системного судинного опору на 21%; зниження опору легеневих судин на 35% (пояснюється судинорозширювальною дією прогестерону);

- **периферичний судинний опір** знижується (релаксивна дія на судинну стінку ХГЛ, естрогенів, прогестерону і формування матково-плацентарного кола кровообігу, який має низький судинний опір);

- **центральний венозний тиск (ЦВТ)** у III триместрі дорівнює у середньому 8 (4-12) см вод. ст., у невагітних 3,6 (2-5) см вод.ст.;

- **збільшення венозного тиску** (7-10 мм рт.ст.) у нижніх кінцівках (обумовлено механічним тиском матки на нижню порожнисту і вени тазу більш ніж у 10 разів зростаючим матковим кровоплином під час вагітності), розслаблюючою дією прогестерону на судинну стінку, зниженням осмотичного тиску крові, підвищеною проникненістю капілярів (дія прогестерону та альдостерону), зростанням внутрішньотканинного тиску (утримання натрію), що пояснює схильність до набряків, варикозного розширення вен та геморою;

- **зміщення позиції серця** ближче до горизонтальної і

зменшення кута дуги аорти, що пов'язано з підняттям діафрагми і призводить до збільшення навантаження на лівий шлуночок серця; зміщення електричної осі серця вліво на ЕКГ.

1.7. Система крові

- **об'єм плазми** зростає з 2600 мл на 45% (1250 мл – перша вагітність, та 1500 мл під час наступних вагітностей) і становить 3900-4000 мл;
- **загальний об'єм еритроцитів** збільшується від 1400 мл на 33%, що пояснюється дією еритропоєтину, хоріонічного гонадотропіну або плацентарного лактогену;
- **фізіологічна гіперплазмія** характеризується зниженням гематокритного числа до 30% , гемоглобіну з 135-140 до 110-120 г/л. і необхідна для потреб матері і плода, захищає від синдрому нижньої порожнинної вени, компенсує крововтрату під час пологів, знижує в'язкість крові і тим самим знижує периферійний опір;
- **рівень гематокриту та альбуміну** знижується на 25% (результат гемодилуції);
- **рівень гемоглобіну** змінюється і в середньому він становить до 12 тижнів вагітності 122 г/л, до 28 тижня – 118 г/л, до 40 тижня 129 г/л;
- **кількість лейкоцитів** збільшується у периферичній крові і в першому триместрі вагітності їх кількість становить 3000-15000/мм³, у другому та третьому триместрах 6000-16000/мм³, під час пологів кількість лейкоцитів може сягати 20000-30000/мм³;
- **кількість тромбоцитів** перебуває у межах

нормальних (для вагітних) значень, але з прогресуванням вагітності має місце поступове зниження їх рівня;

- **система гемостазу:** притаманний стан гіперкоагуляції (протягом усієї вагітності постійно прогресує збільшення рівню фібриногену (І фактор) у 2 рази (до 600 мг%) та факторів VII-X, фібринолітична активність крові знижується;
- **ШОЕ** збільшується до 40 – 50 мм/год;
- **зниження** pCO_2 крові (на 15-20%), що сприяє переходу вуглекислоти через плаценту, підвищується pO_2 ;
- **збільшується** доставка кисню до тканин та плаценти;
- **підвищується** екскреція бікарбонатів.

1.8. Дихальна система

- **відзначається:** поява задишки (65% жінок), зростання ЧДР на 10%, набряки слизової носа, носові кровотечі, збільшення окружності грудної клітки, купол діафрагми підіймається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки;
- **підвищується:** потреба в кисні, тиск кисню, дихальний об'єм (30-40%), ємкість вдиху (5%), життєва ємкість легень, хвилинний об'єм (на 40%), тиск кисню;
- **знижується** – функціональний залишковий об'єм і об'єм видиху приблизно на 20%, загальна ємкість легень (на 5%), вміст вуглекислого газу (помірний дихальний алкалоз)

1.9. Шлунково-кишковий тракт

- **апетит** збільшується, іноді з незвичними смаковими пристрастями;
- **відзначається:** ранкова нудота (майже у 70% вагітних),

частота якої максимально припадає на 8-10 тижні вагітності і припиняється між 14 і 16 тижнями (пояснюється підвищенням прогестерону, ХГЛ, розслабленням гладких м'язів шлунку);

- **підвищується частота гінгівітів**, можуть виникати рясно васкуляризовані пухлини, які регресують після родів;
- **знижується** вірогідність виникнення виразкової хвороби шлунку (пов'язують із підсиленням секреції муцину слизовою оболонкою шлунку та зниженням секреції соляної кислоти);
- **збільшується ризик гастроєзофагального рефлюксу**, що обумовлено гіпотонією стравоходу, зниженням тонушу шлунково-стравохідного сфінктера та анатомічним зміщенням шлунку;
- **зростає частота (до 30%) закрепів** (обумовлено зниженням перистальтики кишківника та розширенням гемороїдальних вен за рахунок підвищення центрального венозного тиску й дії прогестерону);
- **підвищується** ризик утворення жовчного камення за рахунок розширення і погіршення евакуації жовчі з жовчного міхура та підвищення вмісту холестерину в крові;
- **печінка:** підсилюється кровообіг, розміри печінки не збільшуються, підвищується вміст лужної фосфатази (за рахунок додаткового утворення у плаценті), збільшується активність аспартатамінотрансферази (АСТ), знижується продукція альбумінів і підвищується концентрація глобулінів, відбувається підвищення синтетичної функції печінки (ліпідемія з високим рівнем холестерину та його ефірів), знижується антитоксична функція печінки;
- **збільшується частота геморою** — результат закрепів, підвищеного венозного тиску і розслаблюючої дії прогестерону на судинну стінку.

1.10.Обмін речовин

- **основний обмін** збільшується на 20%;
- **збільшується** потреба у кілокалоріях у середньому до 2000 – 3200 ккал у день (150 ккал/день у I триместрі і 350 ккал/день у II та III триместрах вагітності);
- **підсилюються** пластичні процеси (перевага процесів анаболізму над процесами катаболізму);
- **посилюється** синтез РНК, що призводить до підвищення синтезу білків у рибосомах;
- **жировий обмін** – підвищується асиміляція жирів, знижується процес їх окислення, що призводить до накопичення в крові кетонових тіл, γ -аміномасляної та ацетоуксусної кислот, збільшується відкладання жиру у різних органах та тканинах (наднирники, плацента, шкіра, молочні залози та ін.);
- **вуглеводний обмін** – лабільний вміст цукру в крові (деяке перевищення норми) і періодичне появлення цукру у сечі;
- **обмін вітамінів і мікроелементів** збільшується за рахунок значної активізації процесів клітинного метаболізму в організмі матері і плода.

1.11.Нирки – під час вагітності нирки матері функціонують з підвищеним навантаженням, виводячи з організму матері не тільки продукти її обміну, а й продукти метаболізму плода. Особливістю кровообігу нирок є його збільшення у 1-му триместрі вагітності і поступове зниження у майбутньому.

- **анатомічні зміни:** збільшення розміру нирок (у середньому на 1-1,5 см), розширення чашково-мискової системи (на 15 мм у правій та на 5 мм у лівій нирці), збільшення діаметру сечівників на 2 см (частіше правого сечівника за рахунок повороту та зміщення матки вправо і притиснення сечівника до термінальної лінії тазу), обумовлюють підвищений ризик захворювання пієлонефритом. Дилатація сечових шляхів починається у I і досягає максимуму у II та III триместрах вагітності (пояснюється дією плацентарного прогестерону та меншою мірою стисненням сечових шляхів

маткою);

- **функціональні зміни:** змінюється фільтраційна здатність нирок – до 16 тижня вагітності нирковий кровоплин зростає на 75%, клубочкова фільтрація підвищується вже з 10 доби вагітності до 50% (пов'язано з артеріоділатацією і вторинною затримкою Na та води в організмі). У II та III триместрах вагітності клубочкова фільтрація зменшується, а канальцева реабсорбція залишається незмінною, що спричиняє до збільшення загальної кількості рідини в організмі вагітної (до 7 літрів). Кліренс креатиніну збільшується на 40%, збільшується екскреція глюкози, фільтрація білків не змінюється. Іноді може бути фізіологічна (ортостатична) альбумінурія (сліди білка) та глюкозурія, що пов'язано з підвищенням проникності капілярів.

1.12.Геніталії

- **розміри матки** збільшуються, об'єм зростає в 1000 разів, вага матки збільшується з 50–60 г у невагітному стані до 1000 г у кінці вагітності (збільшення за рахунок переважно гіпертрофії клітин міометрію);
- **форма** матки подовжена, куляста на 8 тижні і знов подовжена на 16 тижні вагітності;
- **позиція матки** - матка виходить з порожнини тазу, повертається і нахиляється вправо;
- **консистенція** матки прогресивно пом'якшується, що зумовлено підвищеною васкуляризацією та наявністю амніотичної рідини;
- **шийка матки** розм'якчується і стає ціанотичною;
- **межа між ендо- і екзоцервіксом** – межа перехідного епітелію зміщується назовні і формується ектопія циліндричного епітелію, яку не можна розглядати як “ерозію”;
- **скорочення** матки з першого триместра нерегулярні і безболісні (перейми Брекстон-Гіксона), але в пізніх термінах це спричиняє дискомфорт і може бути причиною хибного пологового болю;

- **ємкість** матки зростає з 4-8 мл у невагітному стані до 5000 мл у кінці вагітності;
- **міометрій** відбувається гіпертрофія (ефект естрогенів), гіперплазія (ефект прогестерону), окремі м'язові волокна подовжуються у 15 разів;
- **кровоносні судини матки** розширюються, подовжуються, особливо венозні, утворюються нові судини, за рахунок чого матковий кровоплин зростає більш ніж у 10 разів (до вагітності він становить 2 - 3% хвилинного об'єму серця (ХОС), а в пізні терміни вагітності 20-30% ХОС – 500-700 мл/хв). Утворюється маткове коло кровообігу – “друге серце”, яке тісно пов'язане з плацентарним і плодовим кровоплином;
- **нервові елементи матки** – збільшується кількість чутливих, баро-, осмо-, хемо- та інших рецепторів; механізм нейрогенної регуляції маткового кровоплину в основному пов'язаний з адренергічним впливом. Стимуляція альфа – адренергічних рецепторів викликає звуження судин і зниження маткового кровотоку.
- **біохімічні зміни** – значне зростання кількості актоміозину, креатинфосфату і глікогену, зростає активність ферментних систем (АТФаза актоміозину та ін.), накопичуються високоенергетичні сполуки (глікоген, макроергічні фосфати), м'язові білки та електроліти (іони кальцію, натрію, калію, магнію, хлору та ін.);
- **маткові труби** – потовщуються, кровообіг в них значно посилюється;
- **яєчники** – дещо збільшуються, але циклічні процеси в них припиняються. Жовте тіло після 16 тижня вагітності зазнає інволюції;
- **зв'язки матки** – значно потовщуються і подовжуються, особливо круглі і крижово-маткові;
- **ціаноз вульви** – результат підвищеного кровопостачання, утруднення відтоку крові по венах, які стискаються збільшеною маткою, і зниження тону судин;

- **гіперпигментація шкіри вульви і промежини** – пояснюється підвищенням концентрації естрогенів та меланостимулюючого гормону;
- **збільшення кількості піхвових виділень і зниження їх рН (4,5-5,0)** результат гіперплазії піхвового епітелію, збільшення кровообігу і транссудації;

1.13.Маса тіла

- середня прибавка 10 – 12 кг і залежить від конституції;
- зростання маси відбувається в основному в другому та третьому триместрах (350 – 400 г/тиждень);
- з набраної маси трохи більше половини іде в тканини матері (кров, матка, жир, груди), а решта на плід (3000-3500 г), плаценту (650 г), навколоплідні води (800 г) та матку (900 г).

1.14.Шкіра

- **судинні зірочки** – на обличчі, руках, верхній половині тулуба;
- **долонна еритема** – зумовлена збільшенням на 20% загального обміну речовин і на 16% кількості капілярів, які раніше не функціонували;
- **смуги розтягнення (striae gravidarum)** – на нижніх ділянках живота, молочних залозах і стегнах, які мають спочатку рожевий або багровий колір (пов'язано з розтягненням сполучно-тканинних і еластичних волокон шкіри); (Мал. 12)
- **гіперпигментація** – у ділянці пупка, ореоли молочних залоз, білої лінії живота, шкіра вульви і промежини, може з'являтися “маска вагітності”, чи хлоазма (мелазма);
- **пупок** – згладжується у другій половині і випинається наприкінці вагітності;
- **невуси** – збільшуються у розмірах і стають більш пігментованими (різке збільшення потребує консультації спеціаліста);
- **потові і сальні залози** – гіперпродукція іноді призводить до появи

акне;

- **волосся** – іноді на шкірі обличчя, живота і стегон відзначається ріст волосся, що зумовлено підвищеною продукцією андрогенів наднирниками і частково плацентою. Має місце значне випадіння у перші 2 – 4 місяці і поновлення нормального росту волосся через 6 – 12 місяців після пологів.

1.15. Молочні залози

- **відчуття поколювання і розпирання** – пов'язано із значним збільшенням кровопостачання молочних залоз;
- **розвиток** вивідних протоків (вплив естрогенів) і альвеол (вплив прогестерона);
- **активація** гладких м'язів сосків і збільшення монтгомерових фолікулів і маленьких горбиків біля ореоли;
- **збільшення маси** – з 150-250 г (до вагітності) до 400-500 г (наприкінці її);
- **продукується молозиво** – частіше у жінок, які народжували (сумісна дія естрогенів, прогестерону, пролактину, плацентарного лактогену, кортизолу й інсуліну).

1.16. Кістково-м'язова система

- збільшення **компенсаторного лямбального лордоза**, що проявляється болями у нижніх відділах попереку;
- **розвиток відносної слабкості зв'язок** – дія релаксину і прогестерону. Лонне зчленування стає рухливим і розходиться на 0,5-0,6 см приблизно у 28-30 тижнів, що призводить до нестійкої ходи, (сімфізопатія);
- **збільшення** нижньої апертури грудної клітини;
- **обмін кальцію** – концентрація іонізованої форми кальцію в сироватці крові не змінюється за рахунок збільшення продукції паратиреоїдного гормону, знижується загальна кількість кальцію за

рахунок його мобілізації на потреби плода. За фізіологічного перебігу вагітності обмін солей у кістках збільшується (вплив кальцитоніну), але щільність кісток не втрачається;

- *збільшення гризових дефектів*, особливо у ділянці пупка та по середній лінії – діастаз прямих м'язів (результат збільшення матки і її тиснення на передню черевну стінку зсередини).

2. ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ В РАННІ ТЕРМІНИ

Ранні ознаки вагітності розподіляються на 3 групи.

Сумнівні ознаки

1. Сумнівні ознаки — це різного роду суб'єктивні відчуття, а також об'єктивно визначені зміни в організмі, крім внутрішніх статевих органів:

а) суб'єктивні явища — нудота, блювота, втрата чи посилення апетиту, смакові примхи (пристрасть до солоної чи кислої їжі, до крейди і т.п.), зміни нюхових відчуттів (огода до запаху м'ясної їжі, тютюнового диму тощо), легка стомлюваність, сонливість і т.п.;

б) об'єктивні явища — збільшення обводу живота, пігментація шкіри обличчя, білої лінії живота, зовнішніх статевих органів і посилення пігментації сосків та навколо них, рубці вагітних тощо

Імовірні ознаки

2. Імовірні ознаки — це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність.

Імунологічні реакції на вагітність, які базуються на визначенні в сечі та в крові хоріонічного гонадотропіну (ХГЛ).

ХГЛ виділяється трофобластом, потім хоріоном, плацентою.

Виділення починається з 7 — 8 дня після запліднення. Для дослідження треба брати ранкову сечу, в якій спостерігається найбільша концентрація гормону.

Після переривання вагітності реакції залишаються позитивними протягом 7

— 10 днів, а при патологічних станах (хвороби трофобласту) — 2 — 4 місяці.

Вірогідні ознаки

Це переконливий доказ наявності вагітності в обстежуваної жінки. Всі ознаки цієї групи мають тільки об'єктивний характер і походять тільки від плода. До них належать:

- ворухіння плода, які визначаються рукою чи при вислуховуванні (а не такі, що відчуває сама вагітна);
 - вислуховування серцевих тонів плода;
 - промацування частин плода (голівки, ніжок, сідниць, ручок, плечиків);
 - визначення плода за допомогою УЗД, КТГ, фетоскопії тощо.

3. ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У ПІЗНІ СТРОКИ

3.1. Методи зовнішнього акушерського дослідження (прийоми Леопольда)

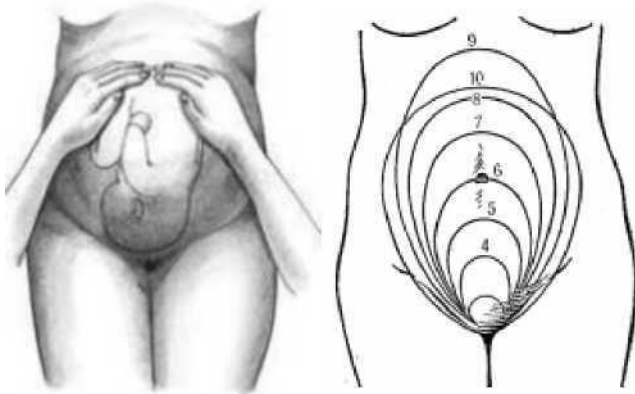
ПЕРШИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити висоту стояння дна матки, за якою судять про строк вагітності, і частину плода, розміщену в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, пальці рук зближуються, обережно надавлюючи вниз сідничний кінець плода — більший, але не такий щільний і менше заокруглений, аніж голівка.

Висота стояння дна матки відповідає:

- Розміри курячого яйця — 4 тижні;
- Величині жіночого кулака — 8 тижнів;
- Розмірам голівки новонародженого (8 см), на рівні симфізу — 12 тиж.;
- 16 тижнів - на середині відстані між пупком і лоном;
- 20 тижнів - на 2 поперечних пальці нижче пупка;
- 24 тижні - на рівні пупка;
- 28 тижнів - на 2-2,5 поперечних пальці вище пупка;

- 32 тижні - на середині між пупком і мечоподібним відростком;
- 36 тижнів - на рівні реберної дуги;
- 40 тижнів - на середині між пупком і мечоподібним відростком.



ДРУГИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити положення, вид і позицію плода.

Положення плода — відношення поздовжньої осі плода до поздовжньої осі матки. Розрізняють такі положення плода:

- 1) поздовжнє — поздовжня ось плода і поздовжня ось матки збігаються (ось плода — лінія, яка проходить від потилиці до сідниць).
- 2) поперечне — поздовжня ось плода перетинає поздовжню ось матки під прямим кутом;
- 3) косе — поздовжня ось плода утворює з поздовжньою віссю матки гострий кут. Поздовжнє положення плода є нормальним, воно зустрічається в 99,5% всіх пологів, поперечне і косе положення — патологічні (0,5% пологів).

Позиція плода — відношення спинки плода до правої і лівої сторін матки. Розрізняють дві позиції: першу і другу. При першій спинка повернена ліворуч, при другій - праворуч. Перша позиція трапляється частіше за другу, що пояснюється поворотом матки лівим боком наперед.

Вид позиції — відношення спинки плода до передньої або задньої стінки матки. Якщо спинка повернута наперед — це передній вид позиції, якщо назад — задній. Руки з дна матки переміщують униз, до рівня пупка, і

розміщують на бічних стінках матки. Пальпацію проводять по черзі правою і лівою рукою. При поздовжньому положенні плода з однієї сторони промацується спинка, з протилежної — кінцівки. Другий прийом зовнішнього обстеження дозволяє визначити тонус матки та її збудження. Членорозміщення плода — розташування його голівки і кінцівок щодо тулуба.



ТРЕТІЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — визначити відношення великої частини плода (голівки або сідниць) до входу в таз. Якщо над входом в таз перебуває голівка плода — передлежання головне, якщо тазовий кінець — тазове. Головне передлежання зустрічається в 96% пологів, тазове — в 3,5%.

Передлеглою частиною називається та частина плода, яка розміщена ближче до входу в малий таз і перша проходить пологовими шляхами.

Лікар стоїть обличчям до вагітної, одну руку кладе трохи вище за лобкове зрощення так, щоб І палець містився на одному боці, а чотири - на другому боці нижнього сегмента матки. Обережно пальцями обхоплює прилеглу частину. Голівка пальпується у вигляді щільної круглої частини, яка балотує. При тазовому передлежанні пальпується м'яка частина, що не балотує. При поперечних і косих положеннях прилегла частина не визначається.



ЧЕТВЕРТИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Мета — виявити рівень стояння прилеглої частини до входу в малий таз.

Лікар стає справа, лицем доніг вагітної. Долоні обох рук розміщені на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфіза.

Цей прийом дозволяє визначити чи перебуває голівка над входом в малий таз або пройшла через площину входу матки, чи великим сегментом.

Визначення положення голівки під час пологів Під великим сегментом голівки умовно мають на увазі окружність найбільшої площини голівки, якою вона проходить через площину входу малого таза при даному виді її вставлення. При потиличному передлежанні, коли голівка вставляється в таз у зігнутому положенні, найбільшою окружністю буде та, котра відповідає окружності малого косою розміру.



3.3 .Методи дослідження функціонального стану плода

3.3.1.Ультразвукова фетометрія плода є інформативною з 20 тижня

вагітності (А) і включає визначення розмірів голівки, обводів грудної клітки на рівні діафрагми, живота на рівні пупка та довжини стегнової та плечової кісток. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводиться розширена фетометрія та вираховуються співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, обводу голівки до обводу живота, біпаріетального розміру до довжини стегна, довжини стегна до обводу живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода.

Підставою для проведення ультразвукової фетометрії у пізні строки вагітності є підозра на затримку росту плода за даними зовнішнього вимірювання висоти стояння дна матки та обводу живота вагітної при відомому терміні вагітності, а також, у окремих випадках, для визначення строку вагітності за спеціальними таблицями, якщо термін важко встановити за анамнестичними даними.

3.3.2.Аускультацию тонів серця плода проводять з 20 тижнів вагітності за допомогою акушерського стетоскопа з визначенням частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

- Фізіологічний норматив – 110-160 уд./хв.
- Частота серцевих скорочень вище 160 уд./хв. та нижче 110 уд./хв. може свідчити про порушення стану плода.

3.3.3.Кардіотокографія (КТГ) – синхронна графічна реєстрація серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10-15 хвилин.

3.3.4.Доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини (відображає стан мікроциркуляції у плодовій частині плаценти, судинний опір якої відіграє основну роль у фетоплацентарній гемодинаміці) (А).

Критерії нормального кровотоку: висока діастолічна складова на доплерограмі відносно базальної лінії, співвідношення амплітуди систоли до діастолі становить близько 3.

ТЕМА «ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ»

1. Науково-методичне обґрунтування теми.

Пологи – фізіологічний процес вигнання з матки плідного яйця після досягнення плодом життєздатності.

Фізіологічні пологи (*partus matures normalis*) - це одноплідні пологи зі спонтанним початком та прогресуванням пологової діяльності у вагітної групи низького ризику у термін вагітності 37-41⁺⁶ тижні у потиличному передлежанні плода, перебіг яких відбувався без ускладнень протягом усього періоду пологів, у задовільному стані матері та новонародженого після пологів. За умови закінчення пологів у вагітних із групи високого ризику без ускладнень вважаються неускладненими. Не є підставою для виключення з нормальних пологів: наявність

передчасного розриву плодових оболонок; проведення амніотомії без наступної індукції пологів; розрив промежини 1 ступеню.

Принципи ведення нормальних пологів:

- ✓ визначення плану ведення пологів та поінформоване узгодження його з жінкою;
- ✓ заохочення емоційної підтримки роділлі під час пологів (організація партнерських пологів);
- ✓ контроль за станом матері та плода в пологах з веденням партограми;
- ✓ широке використання немедикаментозних засобів для знеболення пологів; медикаментозне знеболення пологів за показаннями;
- ✓ заохочення жінки до вільного пересування під час пологів та забезпечення можливості вільного вибору положення для народження дитини;
- ✓ оцінка стану дитини при народженні, забезпечення контакту „шкіра-до-шкіри” між матір’ю та новонародженим, прикладання до грудей матері за появи пошукового та смоктального рефлексу;
- ✓ профілактика післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки, шляхом використання методики активного ведення третього періоду пологів.

Періоди пологів

У клінічному перебігу пологів виділяють три періоди: I – розкриття шийки матки; II – вигнання плода; III – послідовий. Тривалість фізіологічних пологів у жінок, які народжують вперше, складає 12-18 год; у тих, які народжують повторно 6-12 год.

I період **розкриття шийки матки**. Починається появою регулярних скорочень матки (перейм) і закінчується повним розкриттям шийки матки. Перейми спочатку бувають короткими, слабкими та рідкими (через 10 хв, по 15-20 с). У подальшому збільшується їх тривалість, сила і частота. Інтервал між двома суміжними переймами називається паузою.

У механізмі розкриття шийки матки має значення дія двох сил, спрямованих протилежно:

1) потяг знизу нагору поперечно розташованих м'язів нижнього сегмента за рахунок контракції і ретракції поздовжніх м'язів тіла матки, 2) тиск зверху вниз за рахунок плодового міхура чи передлежачої частини.

Розкриття шийки матки відбувається неоднаково у першо- та повторнонароджуючих жінок. У народжуючих вперше спочатку розкривається внутрішнє вічко, шийка матки стає тонкою (згладжується), а потім розкривається зовнішнє вічко. У повторнонароджуючих зовнішнє вічко розкривається майже одночасно з внутрішнім, і в цей час відбувається укорочення шийки матки.

Одночасно з розкриттям шийки матки в I періоді, починається просування передлежачої частини плода через пологовий канал. Голівка плода опускається в порожнину тазу з початком перейм, знаходячись до моменту повного розкриття шийки матки великим сегментом (найбільшою окружністю голівки, якою вона проходить по пологових шляхах при даному передлежанні) у площині входу в малий таз чи у порожнині тазу.

Послідовність дій у разі нормального перебігу пологів:

Під час госпіталізації роділлі в акушерський стаціонар у приймально-оглядовому відділенні черговий лікар акушер-гінеколог:

- ретельно ознайомлюється з обмінною картою жінки щодо перебігу даної

вагітності. Звертає увагу на дані загального, інфекційного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, клініко-лабораторні обстеження та дані гравідограми;

- з'ясовує скарги;
- для оцінки стану роділлі здійснює обстеження: загальний огляд, вимірює температуру тіла, пульс, артеріальний тиск, частоту дихання, обстеження внутрішніх органів;
- здійснює вимірювання висоти стояння дна матки, окружності живота та розмірів тазу. Визначає термін вагітності та очікувану масу плода;

Спостереження та допомога роділлі під час I періоду пологів

У період розкриття шийки матки треба ретельно спостерігати за загальним станом роділлі, характером пологової діяльності, станом матки, розкриттям шийки матки, просуванням голівки, станом внутрішньоутробного плода.

При вираженому больовому синдромі роділлю психологічно підтримують та заспокоюють. Пропонують змінити положення тіла, заохочують до активних рухів. Партнеру пропонують масажувати їй спину, тримати її руку і протирати обличчя губкою між переймами. Проводиться дихальна гімнастика (глибокий вдих та повільний видих).

Вимоги до медикаментозного знеболювання: знеболюючий ефект, відсутність негативного впливу на організм матері і плода, простота та доступність для усіх родопомічних закладів. Для знеболювання пологів використовуються неінгаляційні (системні) та інгаляційні анестетики, регіональна анестезія. За фізіологічних пологів з цією метою застосовуються системні анальгетики, опіюїдні алкалоїди (при розкритті шийки матки не більше 5-6 см), похідні фенотіозину та анальгетики інших груп.

При застосуванні системних анальгетиків враховується їх трансплацентарне проникнення та можлива дія на дихальний та інші життєво важливі центри плода, експозиція від часу введення до народження плода.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ВЕДЕННЯ II ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ.

Другий період пологів, або ***період вигнання***, триває з моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Тривалість II періоду у першонароджуючих – 1-2 години, у повторнонароджуючих – 20 хв.-1 год.

Оцінка стану плода в пологах

Стан плода в I та II періодах визначають за показниками серцебиття, кольору навколоплідних вод та конфігурації голівки.

Серцебиття плода реєструють шляхом періодичної аускультатії за допомогою акушерського стетоскопу, ручного доплеровського аналізатора або, за показаннями, фетального моніторингу (кардіотокографії).

Періодична аускультатія здійснюється кожні 15-30 хвилин згідно наступних правил:

- вагітна знаходиться у положенні на боці;
- аускультатія починається негайно після закінчення найбільш інтенсивної фази перейми;
- аускультатія триває протягом 60 секунд.

Частота серцевих скорочень плода в нормі має бути від 110 до 160 ударів за 1 хвилину. Різке збільшення ЧСС (більше 180 уд/хв), або її уповільнення (менше 100 уд/хв) з порушенням ритму є діагностичною ознакою порушення стану плода.

За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.

Колір *навколоплідних вод* визначається під час їх вилиття та під час кожного внутрішнього акушерського дослідження. В нормі навколоплідні води є прозорими. Поява свіжого меконію у навколоплідних водах свідчить про погіршення стану плода, особливо у поєднанні з порушенням частоти серцевих скорочень плода.

Важливими поняттями II періоду є:

- *потуги (натуги)* – ритмічне, свідомо кероване поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;

□ *врізування голівки* – поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;

прорізування голівки – голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Ведення другого періоду пологів вимагає:

□ вимірювання артеріального тиску, пульсу у роділлі кожні 10 хвилин;

□ контролю серцевої діяльності плода кожні 5 хвилин під час ранньої фази, та після кожної потуги під час активної фази;

□ контролю за просуванням голівки плода по родовому каналу, який здійснюється за

Біомеханізм пологів – це сукупність поступальних, обертальних, згинальних та розгинальних рухів, які здійснює плід при проходженні через кістковий канал і м'які тканини родових шляхів жінки.

На початку пологів плід в 99,5% випадків має поздовжнє положення, в 96% випадків - головне передлежання; в 95% випадків - потиличне передлежання (згинальний тип). Хребет плода злегка зігнутий, схрещені ручки, ніжки зігнуті в кульшових та колінних суглобах. Поступальні рухи плода починаються після повного розкриття шийки матки та злиття навколоплідних вод під дією перейм та потуг (II період пологів). Вставлення голівки в 90% випадків синклітичне - сагітальний шов на однаковій відстані між лонним зчленування та мисом. Іноколи зустрічається незначний фізіологічний асинклітизм.

Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 40 хвилин. Необхідно звернути увагу на механізми відшарування нормально розміщеної плаценти (початок відшарування з центру плацентарної поверхні з вивертанням амніотичною оболонкою назовні - механізм Шульцце, з краю з наступним згортанням плаценти навпіл - механізм Дункана, рис.1). Цілість посліду визначають візуально.

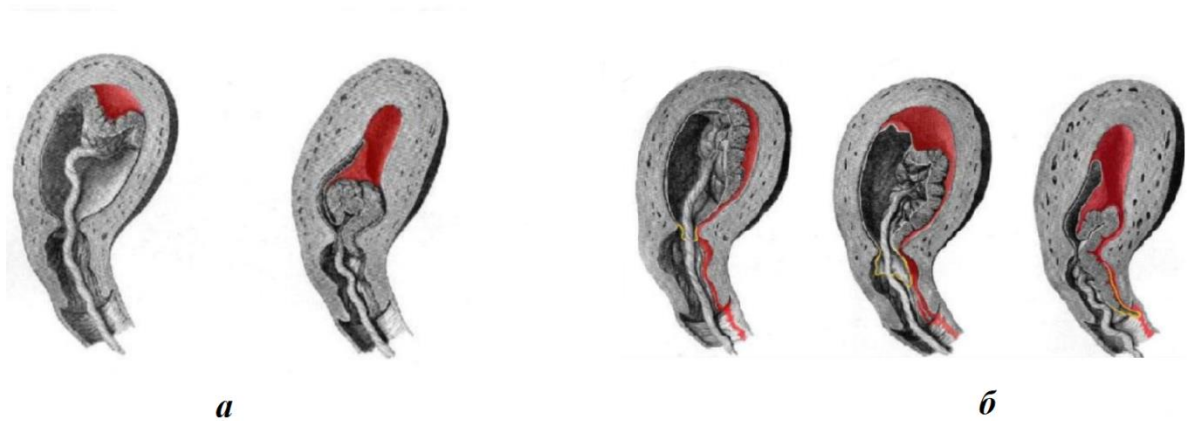


Рис. 1 – Варіанти відділення посліду: а – по Шультце (центральный), б – по Дункану (периферичний).

Крововтрата у послідовому періоді, що **не перевищує 0,5% маси роділлі** вважається фізіологічною. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання (зважування просочених кров'ю серветок і пелюшок чи безпосередньо за допомогою мірного посуду/обладнань).

5.2. Клінічний перебіг і ведення післяпологового періоду.

Післяпологовим періодом (puerperium) називають період, що починається відразу після пологів і продовжується до 6 тижнів (42 діб). Він поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні під наглядом лікаря, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем жінки після великого навантаження під час вагітності і, особливо, пологів.

Пізній післяпологовий період триває з моменту переведу породіллі у післяпологове відділення (через 2 години після закінчення пологів) впродовж 6 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотній розвиток (інволюція) всіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами. Слід підкреслити, що виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме у післяпологовий період. Також треба відмітити, що темп інволюційних процесів є максимальним у перші 8-12 днів та найбільш виразними є у

статевих органах, насамперед, у матці.

Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді.

Матка. Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Відкриті судини плацентарної ділянки стискаються. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединні відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Передня і задня стінки матки мають товщину 4-5 см і прилягають одна до одної; порожнину матки вистеляє децидуальна оболонка. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижнів. Інволюція матки відбувається за рахунок зворотного розвитку частини м'язів шляхом гіалінового та жирового переродження (рис.5).

Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями (післяпологовими виділеннями). Базальний шар, прилеглий до ендометрія, який містить ендометріальні залози, залишається інтактним і стає основою для регенерації нового ендометрія.

Регенерація ендометрію проходить протягом трьох тижнів, за виключенням плацентарної ділянки. Повна регенерація епітелію в ділянці прикріплення плаценти триває 6 тижнів. При порушенні регенерації в плацентарній ділянці можуть виникати післяпологові кровотечі та інфікування.

психологічної підтримки близьких та медичного персоналу.

Ведення післяпологового періоду. Основні принципи.

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки:

- протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин;
- протягом третьої години - кожні 30 хвилин;
- протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин;
- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні - один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримка раннього грудного вигодовування:

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій.

Абсолютні протипокази до грудного вигодовування:

- вживання наркотиків та алкоголю;
- Т-клітинна лейкемія;
- рак молочної залози (РМЗ);
- герпетична висипка на сосках;
- активна форма туберкульозу легенів;
- призначення хіміотерапевтичних засобів при онкологічних захворюваннях;
- ВіЛ-інфекція;
- галактоземія у дитини.

Наявність імплантів молочних залоз не служить протипоказом до грудного вигодовування.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього

післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

4. Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним станом породіллі, нормальною температурою та частотою пульсу, закономірною інволюцією матки, наявністю нормальної кількості та якості лохій, достатньою лактацією.

Перші дві години після пологів жінка знаходиться у індивідуальному пологовому залі під наглядом акушерки, лікаря акушера-гінеколога; при цьому може бути також присутній чоловік або хтось з родичів за бажанням жінки. Цей проміжок часу є дуже важливим, протягом якого відбуваються фізіологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування, тому необхідним є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації після пологів. Цьому безперечно сприяє знаходження дитини поряд із матір'ю у контакті «шкіра-до-шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, що у свою чергу забезпечує становлення грудного годування, тепловий захист малюка, профілактику інфекцій і розвиток емоційного зв'язку між дитиною та матір'ю. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25-28⁰С. В подальшому, за умови відсутності протипоказань, новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує її годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньо лікарської інфекції.

Під час перебування породіллі у пологовому залі лікар акушер-гінеколог повинен стежити за її пульсом, артеріальним тиском, контролювати стан матки: визначає її консистенцію, розмір, висоту стояння дна матки у відношенні до симфізу та пупку, спостерігає за крововиділенням з пологових

шляхів. Слід зазначити, що оцінювання крововтрати в ранньому післяпологовому періоді є обов'язковим. Вимірювання крововтрати проводиться за допомогою будь-якої мірної склянки. Середня крововтрата у послідовий та ранній післяпологовий періоди дорівнюється 250-300 мл чи 0,5% від маси тіла жінки, але не більше 500 мл.

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним загальним станом жінки, нормальною температурою, частотою пульсу та артеріального тиску, правильною інволюцією матки, нормальною кількістю лохій, достатньою лактацією. Через 6 годин після фізіологічних пологів породіллі дозволяють підніматись, ходити, приймати душ. У післяпологовому періоді може бути затримка сечовипускання (атонія сечового міхура), спорожнення кишечника, виділень з матки (лохіометра), уповільнений зворотній розвиток матки (субінволюція), нагрубання молочних залоз, тріщини сосків, інфекційні захворювання та інші ускладнення.

Кожні 3 доби змінюють постільну білизну. Не рідше 4-5 разів на добу породіллі повинна підмиватися з милом. При наявності швів на промежині – їх необхідно утримувати сухими, змащувати 1-2 рази на добу спиртовим розчином календули або іншим антисептичним засобом. Шовкові шви знімають на 5 добу

Догляд за здоровою породіллею нерозривний від догляду за її здоровим немовлям і здійснюється відповідно до сучасних перинатальних технологій. В основі сучасних перинатальних технологій лежить винятково грудне вигодовування.

Для забезпечення винятково грудного вигодовування необхідні:

- негайне прикладання дитини після народження до грудей матері;
- спільне перебування матері і дитини в пологовому будинку;
- виключення всіх видів пиття та годування, крім грудного молока;
- неприпустимість застосування сосок, різків, що послаблюють оральну моторику немовлят;

- годування дитини грудьми на першу вимогу, без нічних інтервалів;
- максимально рання виписка з пологового будинку.

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2”Навчальні цілі” Див.п.1”Актуальність теми”	3%
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: -Фізіологічні зміни в організмі при вагітності -Сумнівні діагностичні ознаки ранньої вагітності. -Ймовірні ознаки ранньої вагітності -Вірогідні ознаки ранньої вагітності -Методи зовнішнього обстеження вагітних -Внутрішнє акушерське дослідження -Дослідження функціонального стану плода	($\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15%
Основний етап					
IV	<i>Формування професійних навичок:</i> - Визначати анамнестично термін вагітності - Виконувати внутрішнє гінекологічне дослідження. <i>Формування професійних вмінь:</i> - Визначити термін вагітності -Зібрати анамнез і виділити сумнівні, ймовірні та вірогідні ознаки вагітності -Скласти план обстеження вагітної в пізні терміни -Оцінити дані зовнішнього акушерського обстеження -Оцінити ступінь зрілості шийки матки за Бішопом -Оцінити дані ультразвукового дослідження та фотометрії плода -Оцінити результати біофізичного профіля плода	($\alpha=3$) ($\alpha=4$)	Метод формування навичок: практичний тренінг Метод формування вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	Алгоритми методів обстеження вагітних, муляжі для тренінгу, Вагітні, історії пологів . Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД –знімки або УЗД в реальному часі, результати інших додаткових методів обстеження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	65%
Підсумковий етап					

V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні вагітні, муляжі	20%
	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	($\alpha=4$)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
VI	Підведення підсумків заняття: Теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
	Домашнє завдання				

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

Як впливає вагітність на різні системи та їх функції?

Причини збільшення розмірів матки при вагітності.

Яка функція жовтого тіла вагітності?

За рахунок чого відбувається збільшення ОЦП?

Як змінюється кількість тромбоцитів при вагітності?

Чим обумовлено зростання частоти закретів при вагітності?

Яка потреба в калоріях у II триместрі вагітності?

Які біохімічні зміни відзначаються в міометрії?

Які сумнівні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?

Які імовірні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?

Які вірогідні ознаки вагітності та їх діагностична цінність?

Як встановити діагноз вагітності у ранньому терміні?

Якими термінами визначають розташування плода в матці?

Що називають передлежанням плода?

Як визначають позицію плода при правильних та неправильних положеннях?

Яка мета I прийому зовнішнього акушерського обстеження?

В чому полягає виконання II прийому Леопольда?

Які пальпаторні ознаки голівки і тазового кінця плода?

Що може означати невизначеність передлеглої частини плода при виконанні ІІ прийому Леопольда?

Коли і навіщо показані планові вагінальні огляди вагітних?

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Прийомами зовнішньої пальпації з'ясовано, що плід в матці розташований позадочно, передлежить щільна округла частина, притиснена до входу малого тазу. Праворуч від серединної лінії досягне пальпації підборіддя плода, а ліворуч – важкодосяжна потилиця. Аускультация серцевих тонів показала ясне звучання праворуч нижче пупка. В анамнезі – своєчасні фізіологічні пологи. Вагітність доношена, таз нормальний. На час обстеження пологова діяльність відсутня. Як сформулювати діагноз?

Ймовірний діагноз: Вагітність 39-40 тиж. Головне передлежання.

І позиція, задній вид. Очікувані ІІ пологи.

2. У вагітної в терміні 34 тижні гестації виявлено зниження білка крові до 56 г/л при висхідному 76 г/л, відзначається зменшення рівня альбумінів, підвищення рівня глобулінів. Яка тактика лікаря жіночої консультації?

Спостереження в динаміці.

3. Жінка М., 23 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами затримку менструації протягом 10 днів. В домашніх умовах жінкою самостійно був проведений імунологічний тест на вагітність. Результат оцінений самою жінкою – негативний. Чи можна в даному випадку стверджувати про відсутність вагітності? Обґрунтуйте відповідь

НІ. Імунологічний тест на вагітність відноситься до імовірних ознак

вагітності, може мати місце хибнонегативний результат, що пов'язано з неправильним проведенням тесту. В рамках диференційної діагностики порушення менструального циклу рекомендовано провести УЗД ОМТ, визначення ХГЛ по крові.

4.Хвора М., 25 років, звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на загальне нездужання, сонливість, блювоту вранці, нестерпність ароматичних речовин, затримку менструації протягом 2 місяців. Які лабораторні чи апаратні методи необхідно використати для уточнення діагнозу?

Лабораторні: визначення ХГЛ в крові, апаратний – УЗД ОМТ

Тестові задачі:

1.Під назвою «функціональна система мати-плід» розуміють:

- А. Поєднання 2х самостійних організмів, об'єднаних спільною метою забезпечення правильного, фізіологічного розвитку плоду;
- В. Плаценти і матки;
- С. Плода, плаценти, матки;
- Д. Котиледонів плаценти;
- Е. Амніона, плаценти, матки.

2.Набряки нижніх кінцівок наприкінці вагітності обумовлені;

- А.Патологією нирок;
- В. Серцево-судинною недостатністю;
- С. Зменшенням каналцевої реабсорбції;
- Д. Збільшенням клубочкової фільтрації;
- Е. Зменшенням клубочкової фільтрації при майже незмінній каналцевій реабсорбції води та електролітів.

3. Особливістю ниркового кровотоку при вагітності є:

- А. Збільшення кровотоку у 1 триместрі вагітності; та поступове його зниження у майбутньому
- В. Незмінність на протязі вагітності;
- С. Різке збільшення перед пологам;
- Д. Нічого із вказаного;
- Е. Зниження у 2-му триместрі вагітності.

4. Гемостаз після відділення плаценти забезпечується:

- А. Підвищенням гемостатичного потенціалу;
- В. Скороченням гладкої мускулатури матки;
- С. Збільшенням серцевих скорочень;
- Д. Всім вище вказаним;
- Е. Нічим із вказаного.

Використана література.

Основна:

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина, 2011.- 375 с.

Допоміжна:

1. Акушерство: підручник (за редакцією В.І. Грищенка, проф. М.О.Щербини. – К.: Медицина, 2009. – 408 с.

Методична

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення занять у

вищих медичних навчальних закладах / К., 2007.- 120 с.

Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.

I. Актуальність теми

Гіпертензивні розлади при вагітності (прееклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених; гіпертензивними розладами при вагітності (прееклампсія), в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гіпертензивних розладів при вагітності, 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 прееклампсії, істотно переглянуто. Тому знання причин, методів діагностики та лікування гіпертензивних розладів при вагітності необхідно лікарю будь-якого профілю в його практичній діяльності.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$),

• із частотою ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Причини та патогенез розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Фактори ризику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
- Класифікацію ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Клініку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Лікарську тактику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Методи профілактики виникнення ранніх гестаційних ускладнень та

гіпертензивних розладів при вагітності.

Оволодіти та удосконалити навички ($\alpha=3$):

- Збирати акушерський анамнез
- Виконувати акушерське дослідження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ультразвукових, ендоскопічних, інструментальних, гістологічних).

Вміти ($\alpha=4$):

- Зібрати анамнез і виділити ознаки, притаманні раннім гестаційним ускладненням та гіпертензивним розладам при вагітності..
- Скласти план обстеження для діагностики ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Оцінити результати основного та додаткового обстеження при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності..
- Провести діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Визначити фактори ризику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Визначити тактику ведення хворих з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності.
- Призначати лікування при ранніх гестаційних ускладненнях та гіпертензивних розладах при вагітності.
- Скласти план щодо профілактики розвитку ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності.
- Скласти план щодо реабілітації хворих з ранніми гестаційними ускладненнями та гіпертензивними розладами при вагітності.

III. Виховні цілі

- Виховна (навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності та толерантного відношення до вагітної, роділлі, породіллі, гінекологічної хворої);
- Наукова (навчити студентів логічного клінічного мислення на підставі нових для нього методів діагностики і лікування);
- Творча (надати можливість студенту самостійно вирішити нетипову задачу з самостійним вибором шляху вирішення);
- Відповідальна (розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій).

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ № п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			

11.	Анатомія людини	Анатомію зовнішніх та внутрішніх статевих органів	Дати характеристику будови жіночих статевих органів
22	Гістологія	Гістологічну будову матки ,молочних залоз	Оцінити результати гістологічного дослідження
33	Патологічна анатомія	Гістологічну будову хоріону, плаценти, матки та молочних залоз при вагітності.	Оцінити результати гістологічного дослідження
4	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
5	Хірургія	Клініку та діагностику ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності	Надати невідкладну допомогу при ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
Забезпечувані дисципліни			
11	Сімейна медицина	Клініку, діагностику, методи лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності	Діагностувати і скласти план обстеження та лікування ранніх гестаційних ускладнень та гіпертензивних розладів при вагітності
Внутрішньопредметна інтеграція			
11.	Методи дослідження в акушерстві.	Основні та додаткові методи обстеження в акушерстві.	Провести акушерське обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. Зміст навчального матеріалу

РАННІ ГЕСТАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ

Гестозами вагітних називають захворювання, що виникають в зв'язку з розвитком плідного яйця при порушенні процесів адаптації організму жінки до вагітності.

Ранні гестаційні розлади — в акушерській практиці зарубіжних країн цей стан розцінюється як "малі" гестаційні ускладнення вагітності, або "неприємні симптоми при вагітності", переважно виникають в першій половині вагітності, внаслідок розладів в нейроендокринній системі та порушень обміну речовин.

Класифікація: ранні гестаційні ускладнення вагітності поділяють за клінічним перебігом на дві групи

I. Ранні гестози, що часто зустрічаються

- Блювання вагітних

- Слиноотеча (птіалізм) — гіперсаливація спостерігається при блюванні, іноді буває самостійним проявом раннього гестозу

За ступенем тяжкості розрізняють:

- блювання вагітних легкого ступеня
- середнього ступеня
- тяжкого ступеня (hyperemesis gravidarum)

II. Ранні гестози, що рідко зустрічаються

- дерматози вагітних;
- холестатичний гепатоз вагітних;
- гострий жировий гепатоз вагітних;
- хорея вагітних;
- остеомалія;
- бронхіальна астма при вагітності.

Етіологія і патогенез раннього гестозу

Фактори ризику:

- Вроджена або набута недостатність системи нейроендокринної регуляції та адаптаційних реакцій (гіпоксія, інфекції, інтоксикації, стрес, тощо);
- Екстрагенітальні захворювання;
- Захворювання статевих органів;
- Зміни рецепторному апарату матки

«Теорія патологічної еферентації» — 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, що призводить до переважання процесів збудження блювотного центру.

**Клініко-лабораторні показники блювання вагітних
за ступенем тяжкості**

Симптоми	Легкий ступінь	Середній ступінь	Важкий ступінь
Частота блювання	3-5 разів	6-10 разів	11-15 та більше
Частота пульсу	80-90	90-100	> 100
Систолічний АТ	120-110мм.рт.ст.	110-100мм.рт.ст.	< 100 мм.рт.ст.
Втрата маси тіла/тиж-день	1-3 кг (до 5%)	3-5 кг (6-10%)	> 5 кг (> 10%)
Субфібрилітет	Відсутній	Рідко	У 35-80%хворих
Жовтяниця	Відсутня	У 5-7% хворих	У 20-30% хворих
Гіпербілірубінемія	Відсутня	21-40 мкмоль/л	21-60 мкмоль/л
Сухість шкірних покривів	+	++	+++
Стілець	Щоденно	Раз у 2-3 дні	Закрепи
Діурез	900-800 мл	800-700 мл	< 700 мл
Кетонурія	+, ++	++, +++ (20-50%)	+++, ++++ (70-100%)

Принципи лікування блювання вагітних:

- Нормалізація режиму праці та відпочинку
- Застосування фізіотерапевтичних методів з метою впливу на ЦНС (електросон, рефлексотерапія, нормобарична гіпоксітерапія)
- Корекція харчового раціону: (дрібне 5-6 разів на добу) рясне пиття, вітамінотерапія.
- При блюванні вагітних середнього і тяжкого ступенів показана госпіталізація до стаціонару, призначення інфузійної дезінтоксикаційної терапії та медикаментозного лікування

- вторинна (симптоматична) гіпертензія — 4%.

Щорічно у всьому світі понад 50 тисяч жінок гине в період вагітності через ускладнення, пов'язані із гіпертензивними розладами. У розвинених країнах в 12-18%. Перинатальна смертність для даної патології коливається в межах від 10 до 30‰, перинатальна захворюваність — від 463 до 780‰. Перинатальна захворюваність і смертність при преєклампсії обумовлені недоношеністю (30,0%), хронічною гіпоксією (40,0%), затримкою розвитку та росту плода (30,0%), які впливають на перинатальну смертність у 20-25% випадках.

Сучасні етіологічні теорії виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності:

- Кортиковісцеральна — в організмі вагітної жінки виникає невроз, результаті якого порушуються фізіологічні взаємини кори та підкоркових елементів головного мозку.
- Ендокринна — в результаті змін функцій ендокринних органів.
- Імунологічна — дисфункція ендотелію судин, пов'язана з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.
- Генетична — підтверджується статистикою спадковою появою ознак пізнього гестозу.
- Плацентарна — порушення інвазії трофобласту, недостатність спіральних артерійол матки.

ЛАНКИ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Імунологічна дисфункція (в тому числі по HLA — системі) Плацентарна ішемія Зміна продукції гуморальних факторів (інтерлейкіни, фактори росту та інші)		
Ендотелій	Гіпоксія	Кров
• Генералізований вазоспазм (прекапілярна вазоділятація-посткапілярна вазоконстрикція); • Порушення реології крові; • Судинна проникливість; • Гіповолемія; • Гіперперфузія; тканин; • Синдром поліорганної недостатності.	• Активація прозапальних цитокінів; • Активація нейтрофілів; • Вивільнення вільних радикалів; • Ендотоксимія; • Оксидативний стрес; • Ішемічні і некротичні зміни в життєво важливих органах;	• Депонування фібрину; • Виділення прокоагулянтів • Зниження: 1. тромбоцитів 2. простагліцину 3. антитромбіна III 4. фактору Вільєбранда. • ДВЗ синдром • Гемоліз

Гіпертензія під час вагітності визначається, коли ДАТ підвищується, або дорівнює 110 мм.рт.ст., а САТ підвищується, або дорівнює 160 мм.рт.ст. при разовому вимірюванні, або перевищує, чи дорівнює ДАТ 90 мм.рт.ст. та САТ 140 мм.рт.ст. при дворазовому вимірі з інтервалом більше ніж 4 години.

АГ легкої та помірної ступенів — АТ 140/90-159/109 мм.рт.ст.

АГ тяжкого ступеню — АТ і 160/110 мм.рт.ст.

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) — артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається 6 тижнів і більше після пологів.

Гестаційна гіпертензія (ГГ) — артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії, АТ нормалізується протягом 6 тижнів у

післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в пreeкламсію, тому вимагає відповідного моніторингування.

Пreeкламсія (ПЕ) — синдром мультисистемної дисфункції, що виникає у другій половині вагітності, в основі якого лежить підвищена проникливість судинної стінки з наступним розвитком волемічних та гемодинамічних порушень.

Помірна пreeкламсія (ПЕ) — це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску в межах 140/90-159/109 мм.рт.ст. та протеїнурією.

Тяжка пreeкламсія визначається як тяжка гіпертензія (САТ вище ніж 160 або ДАТ вище ніж 110 мм.рт.ст.) + протеїнурія (більше 1 г/л); + один з загрозливих симптомів.

Екламсія — поява однієї чи більше судом, що не мають відношення до інших проявів мозкових порушень (епілепсія або інсульт) у хворих з пreeкламсією.

Ознаки пreeкламсії:

- Високий артеріальний тиск: 140/90 мм.рт.ст і вище та зниження ефективності гіпотензивної терапії

- Протеїнурія: 300 мг в пробі, зібраної за 24 год, або відмітка 1+ на тестовій смужці

- набряки рук, ніг чи обличчя: особливо навколо очей, якщо залишаються відбитки від надавлювання великим пальцем, зменшення сечовипускання. Раптова надбавка у вазі (більше 500 г за тиждень)

Загрозливі симптоми:

- Сильний головний біль;
- Порушення зору;
- набряк диска зорового нерву;
- Біль в епігастральній ділянці та / або нудота, блювота;
- Судомна готовність;
- Генералізовані набряки;
- Олігоурія (діурез менший за 0,5 мл/кг/год.);
- Болючість при пальпації печінки;
- Кількість тромбоцитів нижче $100 \times 10^9 / \text{л}$;
- Підвищення рівня трансаміназ (АсАТ або АлАТ вище 70 МО/л)
- HELLP-синдром

АНАМНЕСТИЧНІ МАРКЕРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ:

Сімейний анамнез	• Вік ≥ 40 років • Сімейна прееклампсія • Серцево-судинні захворювання • Інфаркт або інсульт у родичів по материнській лінії • Діабет 1-го або 2-го типу у родичів • Низький соціальний статус
Анамнез жінки	• Гіпертензія (діаст. АТ ≥ 90 мм.рт.ст.) • Аутоімунні розлади • Спадкові тромбофілії • Підвищений рівень тригліцеридів • Цукровий діабет • Хвороби нирок • Шкідливі звички • ІМТ ≥ 35 кг/м³ • Попередній викидень < 10 тижнів
Теперішня вагітність	• Багатоплідна вагітність • Кровотеча у ранньому терміні • Інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років • САТ ≥ 130 або ДАТ ≥ 80 мм.рт.ст. • ДРТ • Трофобластична хвороба • Інфекції
Біохімічні та клінічні маркери	I триместр: • Мікроальбумінурія • Аномальні рівні скринінгових маркерів (PAPP, ХГЧ, PIGF) II–III триместр: • Гіпертензія • Аномальні рівні скринінгових маркерів (АФП, ХГЧ, естріол, ІnhA) • ЗРП • Порушення кровоплину у маткових артеріях $\uparrow$ sFlt-1/PIGF та PAI-1/PAI-2

Лабораторні маркери преєклампсії/еклампсії:

Тест	Інтерпретація результатів
Гемоглобін і гематокрит	Підвищення гемоконцентрації (у важких випадках — зниження за рахунок гемолізу)
Кількість тромбоцитів	Зменшення тромбоцитів < 150 000/мкл, < 100 000/мкл ризик HELLP
Рівень активності лактатдегідрогенази Аспартатамінотрансферази Аланінамінотрансферази	Підвищення активності ферментів свідчить про ураження печінки
Білок у добовій кількості сечі	Збільшення >0,3 г/добу, а ≥3 г/добу свідчить про тяжкість процесу.
Рівень мочевої кислоти у сироватці крові	Підвищення рівню за ступенем тяжкості
Рівень креатиніну у сироватці крові	Підвищення рівню (необхідно визначати кліренс креатиніну)

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

- 3 боку сечовидільної системи: сироватковий показник креатиніну > 90 мкмоль / л, олігоурія: < 0,5 мл/кг/ год.
- Значима протеїнурія більше 0,3 г/д. в повній порції сечі за 24 год або 0,3 г/л двічі через 6 год.
- 3 боку системи травлення: підвищення трансаміназ в сироватці крові, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.
- 3 боку системи крові: тромбоцитопенія <100*10⁹/л, гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів, білірубін, і лактатдегідрогенази > 500г/л / л, порушення гемостазу.
- 3 боку ЦНС та органів зору: гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмиття або мерехтіння перед очима).
- 3 боку серцево-судинної системи: серцева недостатність, набряк легенів.
- 3 боку плода: ЗРП + гіпоксія

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМ

Обов'язкові лабораторні обстеження:

- ЗАК (гемоглобін, тромбоцити)
- ЗАС, доповнений визначенням протеїнурії (за добу)
- рівень глікемії, креатиніну, АлАТ, АсАТ, білірубін

За наявності показань:

- аналіз сечі методом Нечипоренка
- коагулограма (фібриноген)
- глікемічний профіль

Обов'язкові інструментальні обстеження:

- Фетометрія, кількість навколоплідних вод, доплерометрія пупкової артерії
- КТГ за критеріями Доуз-Редмана
- КТГ з визначенням показника варіабельності за короткі відрізки часу (5TV)
- Реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях. УЗД серця (ЕхоКГ, ДоплерКГ)
- Офтальмоскопія, консультація офтальмолога
- Консультація невролога

КРИТЕРІЇ ДОУЗ-РЕДМАНА (ОЦІНКА СТАНУ ПЛОДА)

1. Базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 ударів за хвилину
2. Наявність щонайменше одного руху плода або трьох акселерацій
3. Відсутність децелерацій щонайменше один епізод високої варіабельності
4. Відсутність ознак синусоїдального ритму плода
5. Варіабельність за короткі відрізки часу повинна перевищувати 4,0 мсек
6. Втрата сигналу не більше, ніж 30% часу

1985 році. HELLP- синдром розвивається в 4-12% випадках, характеризується високою материнською і перинатальною смертністю (24-75%).

Патогенез: порушення перфузії у печінці — розвиток токсичного гепатозу.

Основні клінічні симптоми: нудота, блювання, головний біль, гіперрефлексія, сильний різючий біль в верхньому відділі живота, поява петехіальних крововиливів на шкірі.

Патогенетичний метод лікування — переривання вагітності, негайне розродження. В якості анестезії рекомендують виключно ендотрахіальний наркоз, продовжену ШВЛ, інтенсивну диференційовану терапію. Ускладнення:

- Крововилив у мозок;
- Відшарування плаценти;
- Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові;
- Післяпологова кровотеча;
- Передчасні пологи;
- Гострий респіраторний дистрес синдром;
- Спонтанний підкапсулярний розрив печінки.

Профілактика розвитку прееклампсії

Призначати:

- препарат АСК 100 мг на добу з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності (у нічний час)
- L-аргінін (Тівортін)

Включення до раціону харчування:

- продуктів з високим вмістом поліненасичених жирних кислот
- 1 -2 г елементарного кальцію (що дорівнює 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію), з 20 тижнів кальцій в комбінації з вітаміном й

Уникати:

- гіпотоніопаління;
- надлишкової маси тіла;
- недостатньої фізичної активності.

Ситуаційні задачі ($\alpha=2$)

1. Юна першовагітна відвідала жіночу консультацію у 15 – 16 тижнів вагітності. Скарг немає. Знаходиться на «Д» обліку з приводу хронічного пієлонефриту. АТ 120/80 мм рт.ст. У аналізі сечі патології не виявлено. Набряки відсутні. Яке ускладнення вагітності може виникнути у жінки? Які спеціальні методи дослідження потрібно провести, щоб своєчасно виявити це ускладнення?

Еталон відповіді - Прееклампсія.

2. Вагітна П., 23 років. Строк вагітності 39-40 тижнів. Жіночу консультацію відвідувала нерегулярно. О 6 годині ранку дома почались регулярні перейми.

Навколоплідні води не відходили. При переїзді роділлі в акушерський стаціонар в машині швидкої допомоги стався приступ судом з втратою свідомості, після чого розвинувся стан коми. В прийомному відділенні акушерського стаціонару приступ судом повторився. АТ 180/120 мм рт ст, відмічено значні набряки ніг, рук, передньої черевної стінки, обличчя. В сечі - велика кількість білка, циліндрурія. Який діагноз? Що робити ?

Еталон відповіді

Еклампсія. Розродження проводять відразу після ліквідації нападу судом на фоні постійного введення сульфату магнію та гіпотензивної терапії.

Тестові задачі

1. Вагітна 20 років, термін вагітності 8-9 тижнів. Скарги на блювоту протягом доби до 7-10 разів. Вагітна психічно-лабільна. Вага зменшилась до 2 кг за 2 тижні. У стаціонарі відчула поліпшення стану, була призначена комплексна терапія, яка не включала:

A) Виведення води з організму

B) Вплив на функцію ЦНС

C) Усунення втрати рідини і живильних речовин

D) Відновлення дефіциту ОЦК

2. Вагітна доставлена машиною швидкої допомоги в коматозному стані. Вдома були приступи судом. Об'єктивно: АТ 180/100 мм рт.ст., 190/110 мм рт.ст., набряки на нижніх кінцівках і обличчі. ВСДМ – 35 см, ОЖ - 98 см. Положення плоду поздовжнє, серцебиття приглушене, ритмічне, 160 уд/хв. При піхвовому обстеженні шийка матки закрита. Який імовірний діагноз у даному випадку?

A) Еклампсія.

B) Гіпертонічна хвороба

C) Епілепсія

- D) Діабетична кома
- E) Гестоз I половини вагітності

3. Вагітна З., 29 років, доставлена каретою швидкої допомоги у приймальне відділення пологового будинку, де з'явилися скарги на біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановіть правильний діагноз.

A) Преeklampсія важкого ступеня

- B) Відшарування сітківки ока
- C) Загроза крововиливу в мозок
- D) Еклампися
- E) Преeklampсія середнього ступеня

4. У вагітної Л., 21 року, яка в терміні гестації 36 тижнів знаходиться на лікуванні преeklampсії важкого ступеню з'явилась жовтяниця, ознаки загальної інтоксикації. Лабораторно: гіпокоагуляція - тромбоцити $1,0 \times 10^9/\text{л}$; ПДФ +++; загальний білірубін 80 мкмоль/л ; прямий – 20 мкмоль/л ; непрямий – 60 мкмоль/л ; АЛТ - 3,5; АСТ - 2,6. Найбільш імовірний діагноз?

A) HELLP-синдром.

- B) Гострий гепатоз вагітних.
- C) Антифосфоліпідний синдром.
- D) Гепатит В.
- E) Синдром Жильбера.

5. У першовагітної у строці 36 тижнів з'явився сильний головний біль, нудота, погіршився зір і слух. Об'єктивно: Шкіра бліда, анасарка, фібрилярні скорочення м'язів, а згодом тонічні і клонічні судоми і втрата свідомості, тони серця ритмічні, АТ - 230/130 мм рт.ст.,

сечовина - 30 ммоль/л, Нб - 100 г/л, білок сечі - 6,6 г/л. Хлориди плазми - 86 ммоль/л. Ваш діагноз?

A) Еклампсична кома

B) Передчасне відшарування плаценти

C) Епілепсична кома

D) Хлоропенічна кома

E) Уремична кома

6. У породіллі 25 років, в терміні вагітності 38 тижнів на тлі пізнього гестозу на протязі 2-х хвилин розвинулися тонічні судоми, що поширюються з голови, ший та рук на тулуб та ноги. Дихання неадекватне. АТ – 180/120 мм рт. ст., ЧСС – 100 в хв. Зіниці розширені. Шкіра і слизові – ціанотичні, язик прикушений. Який можна поставити діагноз?

A) Еклампсія

B) Гостре порушення мозкового кровообігу

C) Істерія

D) Епілепсія

E) Прееклампсія

Література.

Навчальна.

Основна:

1. Національний посібник з акушерства для студентів і викладачів медичних університетів - Венцківський Б.М. 2018
2. Акушерство: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, М.Є.Яроцького).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 646 с.
3. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга I Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга II Гінекологія. - К.Медицина,2011.- 375 с.

4. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013
Запорожан В.М., Чайка В.К., Маркін Л.Б.

Допоміжна:

1. Норвітц Єррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).- М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003.- 141 с.
2. Сенчук А.Я., Вдовиченко Ю.П., Венцковский Б.М., Шунько Е.Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.- К.: Гидромакс, 2006.- 368 с.

Методична

3. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
4. Наказ МОЗ «Гіпертонічні розлади у вагітних» - КН 2022-151. - 24.01.2022