

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

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Тема:

«Невиношування вагітності. Ізоантигенна несумісність крові матері і плода»

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

УДК 618 (072)

Методична вказівка «Невиношування вагітності. Ізоантигенна несумісність крові матері і плода»

для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Авторський колектив:

- Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.

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

Протокол № 1 від 29.08.2025 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

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

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема «Невиношування вагітності. Мимовільний аборт. Передчасні пологи»

I. Актуальність теми

Проблема мимовільного передчасного переривання вагітності має медичне та соціальне значення, оскільки тісно пов'язана з питаннями неплідності, мертвонародження, народження хворих, недоношених, гіпотрофічних дітей, які дають високу захворюваність та високий рівень дитячої смертності.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись ($\alpha=1$):

- ознайомитись з темою невиношування, мимовільних абортів, передчасних пологів.

Засвоїти ($\alpha=2$) :

- Що таке невиношування вагітності, мимовільні аборти, передчасні пологи.
- Етіологію та патогенез мимовільних абортів.
- Клініку мимовільних абортів.
- Діагностику мимовільних абортів.
- Тактику і особливості ведення мимовільних абортів.
- Діагностика передчасних пологів (ПП).
- Етіологія та патогенез ПП.
- Тактику і особливості ведення ПП.

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

- Визначенням строку вагітності.
- Збиранням загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
- Методикою вислуховування серцебиття плода .
- Оцінкою результатів спеціального акушерського обстеження.
- Оцінювати результати клініко-лабораторного та додаткового обстеження при звичному невиношуванні вагітності.
- Призначати клініко-лабораторне та додаткове обстеження при звичному невиношуванні вагітності.

Вміти ($\alpha=4$):

- Оцінювати фактори ризику невиношування вагітності при збиранні анамнезу.
- Діагностувати різні клінічні форми та стадії мимовільного абортів.
- Скласти план лікарської тактики при різних формах та стадіях мимовільного абортів.
- Призначати лікування при різних стадіях мимовільного абортів.
- Оцінювати фактори ризику ПП при збиранні анамнезу.
- Діагностувати передчасні пологи. Які періоди ПП при різних термінах гестації потрібно виділяти.
- Діагностувати передчасне відходження навколоплідних вод.

- Скласти і обґрунтувати план індивідуального лікування для кожної вагітної з ПП.

III. Виховні цілі

- Виховна – навчити студентів відповідальності і послідовності в роботі, чуйності по відношенню 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 тестову та ситуаційну задачу з самостійним вибором шляху вирішення;
- Відповідальна – розвинути у студентів почуття відповідальності за правильність професійних дій.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Нормальна анатомія	Анатомія жіночого тазу та пологових шляхів.
Нормальна фізіологія	Будова м'язового волокна та етапи м'язової роботи в пологах та мимовільних абортах. Анатомія шийки матки, її роль в пологах та при істміко - цервікальній недостатності.
Фармакологія	Фармакодинаміка і фармакокінетика дії ліків.
Сімейна медицина	Алгоритм спостереження вагітної з мимовільних абортів, інших форм невиношування, загрозою передчасних пологів; діагностичні критерії початку пологової діяльності, алгоритм ведення передчасних пологів
Біохімія	Рівень біохімічних маркерів, тестів діагностики передчасних пологів, тестів передчасного відходження навколоплідних вод.

V. Зміст навчального матеріалу:

Невиношування вагітності – самовільне (спонтанне) передчасне переривання вагітності від зачаття до 37 тижня.

Викидень, або аборт – переривання вагітності у терміні до 22 тижнів, або масою плода до 500 грамів.

Передчасні пологи – переривання вагітності в термін 22-37 тижнів з народженням плода масою 500 грамів і більше.

Ембріон, або зародок – продукт поділу зиготи до закінчення ембріональної стадії розвитку, що становить 8 повних тижнів після запліднення.

З 9-го тижня запліднення і до пологів або аборт, називається **плодом, або фетусом**). Поняття «плід» використовується тільки щодо ненародженої дитини.

Біохімічна вагітність (преклінічний спонтанний аборт) – вагітність, що підтверджена тільки результатами визначення рівня хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) у сироватці крові або сечі й не розвинулася у клінічну вагітність.

Кожні 4 тижні або 28 днів – це місяць. **Тривалість вагітності всього 40 тижнів або 10 акушерських місяців**. Їх для зручності розділяють на 3 частини або **триместри**. I триместр – перші 15 тижнів, II триместр – 16-18 тижнів, III триместр – 29-40 тижнів.

У свою чергу, **традиційна класифікація спонтанних абортів за клінічним перебігом**:

- ❖ загрозовий аборт;
- ❖ аборт, який розпочався (аборт в ходу);
- ❖ неповний аборт;
- ❖ повний аборт.

Класифікація спонтанних абортів за терміном переривання:

- ❖ ранній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності до 11 тижнів + 6 днів;
- ❖ пізній спонтанний аборт – спонтанне (самовільне) переривання вагітності з 12 тижнів до 21 тижня + 6 днів;

Інші форми невиношування вагітності:

- ❖ аборт, що не відбувся;
- ❖ звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень”;
- ❖ інфікований аборт;
- ❖ антифосфоліпідний синдром;
- ❖ істміко-цервікальна недостатність.

Етіологія викидня:

- *Хромосомні аномалії.* Від 40 до 60% мимовільних викиднів, що відбуваються у першому триместрі вагітності, пов'язані з хромосомними аномаліями плода. У 5% випадків аномалії каріотипу представлені порушенням структури окремих хромосом, наприклад, транслокацією. Аутосомно трисомія найчастіше спостерігається у хромосомах 13, 16, 18, 21 та 22 (частота 50-60%).
- *Ендокринна патологія:* Частота ендокринної патології коливається в межах 15-40%. Серед провідних гормональних факторів переривання вагітності виділяють недостатній функціональний стан яєчників, гіперандрогенний стан, гіперпролактинемію та патологію щитоподібної залози.
- *Інфекційні захворювання.* TORCH -комплекс (також відомий як TORCHS чи TORCH -інфекції) є аббревіатурою перших літер інфекційних хвороб, що передаються від вагітної жінки до плода (тобто перинатальних інфекцій), які можуть призвести до тяжких аномалій розвитку або навіть загибелі плода. Це група інфекцій, які можуть бути абсолютно не шкідливими для своїх носіїв, проте для вагітних жінок, а точніше для майбутньої дитини, вони можуть виявитися вкрай небезпечними: **Т** – токсоплазмоз (toxoplasmosis); **О** – інші інфекції (others) - сифіліс, гонококова інфекція, гепатит В і гепатит С, хламідіоз, лістеріоз, а також ВІЛ-інфекція, ентеровірусна інфекція, вітряна віспа; **Р** – краснуха (rubella); **С** – цитомегаловірусна інфекція (cytomegalovirus); **Н** – герпес (herpes simplex virus).
- *Генітальні фактори.* Аномалії розвитку матки зустрічаються із частотою від 1 на 200 до 1 на 600 жінок. Серед жінок, які мають аномалії розвитку матки, 20-25% стикаються з проблемами репродукції.
- *Стрес, як гострий, так і хронічний,* є багатофакторним ризиком, який важко відокремити від інших, і може також збільшувати ризик НВ. Хронічний стрес може призвести до підвищення рівня кортизолу, зниження імунітету, а також підвищити сприйнятливість до інфекцій та інших материнських захворювань.
- *Ліки та шкідливі звички.*
- *Травми.*
- *Імунологічні порушення.* Встановлено, що для нормального перебігу процесів імплантації, росту і розвитку ембріона необхідно створення в організмі матері стану імуносупресії. Це сприяє формуванню захисного бар'єра та запобігає відторгненню напівчужерідного плода. Серед імунних чинників, які сприяють повторному НВ, сьогодні виділяють роль природних клітин-кілерів, цитокінів, тиреоїдних та антинуклеарних антитіл, наявність системного червоного вовчака та інших імунних синдромів. При спадковій тромбофілії визначальними чинниками є наявність фактору V Лейдена, мутації протромбіну G20210A, а також дефіцит антитромбіну та протеїнів C і S, тоді як при набутій формі захворювання – діагностування вовчакового антикоагулянту, антикардіоліпіну та антитіл до β 2-глікопротеїну. Однією з імунологічних причин НВ є

антифосфоліпідний синдром (АФС), що характеризується продукцією аутоантитіл до негативно заряджених фосфоліпідів.

- *Екстрагенітальна патологія*: важкі вроджені вади серця, ниркова патологія з артеріальною гіпертензією та інші.
- *Патологія вагітності*: гестози; неправильні положення плода; багатоводдя; багатопліддя; передлежання плаценти та інші.
- *Соціально фактори*: вік матері та батька, професійні та виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні) та інші.

Патогенез

Незважаючи на велике число факторів, які сприяють перериванню вагітності, дія їх в більшості випадків на кінцевому етапі однотипова і можуть бути виділені декілька патогенетичних варіантів викидня.

Перший патогенетичний варіант: викидень за типом відторгнення.

При дії будь-якого пошкоджуючого фактора найбільш вразливим органом в першій третині вагітності є хоріон. При цьому страждають в першу чергу такі функції як процеси біосинтезу гормонів, ферментів, білків, синтезу речовин, що блокують процес розпізнавання «чужого» імунною системою матері. Падіння синтезу цих речовин особливо стероїдних та імуносупресивних субстанцій нижче критичного рівня, призводить до розвитку імунологічних реакцій за типом відторгнення алотрансплантату.

Завдяки взаємодії систем клітинного та гуморального імунітету в реакції на "чужорідні" тканинні антигени плода, антитіла, лімфоцити та вторинно активовані макрофаги матері накопичуються в ділянці прикріплення хоріона, а потім плаценти і виявляють цитотоксичну дію на клітини трофобласту. Виникає кровотеча і при відносно слабких скороченнях матки плідне яйце цілком або частково 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 вироблення стероїдних гормонів, імуносупресивних субстанцій та інших біологічно важливих речовин відносно менше, ніж в більш ранні строки. В ці терміни вже добре розвинені опорні ворсини, які досить міцно утримують плаценту. До того ж часу в матці встигають відбутись наступні зміни: гіпертрофія і гіперплазія м'язових волокон, накопичення актоміозину, АТФ, ферментних білків, і матка стає чутливою до дії утеротонічних речовин. Реакція "відторгнення" перебігає за іншим типом, а саме по типу пологів. З'являються перейми, відкриття шийки матки і народження плода. При цьому механізмі переривання вагітності основна увага приділяється блокуванню скоротливої діяльності матки.

Ведучим компонентом ще одного патогенетичного варіанту, який пов'язаний з істміко-цервікальною недостатністю, є недостатність "запираючого" апарату матки.

Загрозливий аборт

У типовому випадку клінічна картина представлена мізерною або незначною кровотечею із зовнішніх статевих шляхів без виділення тканинних плодових структур. з мінімальними болями внизу живота чи області попереку.

Обстеження та встановлення діагнозу.

Огляд у дзеркалах:

- зовнішнє вічко закрито;
- скудні або помірні кров'яністі виділення.

Бімануальне піхвове дослідження:

- матка легко збудлива, її тонус підвищений;
- розміри матки відповідають терміну вагітності.

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.

Таблиця 1.

Прогностичні критерії прогресування вагітності.

Ознаки	Сприятливий прогноз	Несприятливий прогноз
Анамнез	Прогресуюча вагітність	Наявність спонтанних абортів
		Вік жінки >34 років
Сонографічні	Наявність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) Відсутність брадикардії	Відсутність серцевих скорочень при КТР плода 6 мм (трансвагінально) 10 мм (трансабдомінально) Брадикардія.
		Пусте плідне яйце діаметром 15мм при терміні гестації 7

		тижнів, 21мм - при терміні 8 тижнів (достовірність ознаки 90.8%)
		Діаметр плідного яйця 17 – 20 мм та більше при відсутності в ньому ембріона або жовточного мішка. (достовірність ознаки 100%).
	Відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця	Невідповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця
	Ріст плідного яйця в динаміці	Відсутність росту плідного яйця через 7-10 днів.
		Субхоріальна гематома. (Прогностична цінність розмірів субхоріальної гематоми не з'ясована остаточно, але чим більше субхоріальна гематома тим гірше прогноз).
Біохімічні	Нормальний рівень біохімічних маркерів	Рівень ХГЛ нижче норми для гестаційного віку
		Рівень ХГЛ зростає менш ніж на 66% за 48 годин (до 8 тижнів вагітності) або знижується
		Вміст прогестерону нижче норми для гестаційного віку та знижується

* У разі первинного виявлення несприятливих ознак прогресування вагітності повторне УЗД має бути проведено через 7 днів, якщо вагітність не перервалася.

Тактика ведення загрозливого аборт.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності та можливих ускладнень, пов'язаних з використанням лікарських засобів.

За наявності клінічних ознак загрозливого аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів та несприятливих ознак прогресування вагітності проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується. Рішення вагітної фіксується підписанням інформованої згоди.

При загрозі переривання вагітності в терміні більшому 8 тижнів та за відсутності ознак несприятливого прогнозу застосовуються заходи, спрямовані на збереження та підтримку розвитку вагітності (таблиця 2).

Таблиця 2.

Терапія загрозливого аборт.

Лікувальний захід	Ефективність (доказові дані)
<i>Ліжковий режим та утримання від статевого життя</i>	За даними різних досліджень ефективність помірна.
<i>Спазмолітична терапія</i> <i>Седативна терапія</i>	Немає доказів ефективного та безпечного застосування з метою попередження переривання вагітності.
<i>Препарати прогестерону</i> Для лікування загрозливого аборт використовуються: - масляний розчин прогестерону (Прогестерон 2,5% або 1%, внутрішньо м'язово) - мікронізований прогестерон (Утрожестан вагінально або перорально), - синтетичні похідні прогестерону (Лютеїна таб. вагінально або перорально; Дуфастон тб. перорально).	Показання для застосування прогестерону: 1. Наявність в анамнезі двох та більше спонтанних викиднів в першому триместрі (звичний викидень) 2. Доведена до вагітності недостатність лютеїнової фази 3. Вилікуване безпліддя 4. Вагітність внаслідок допоміжних репродуктивних технологій

Моніторинг ефективності лікування визначається за допомогою: даних УЗД, тестів функціональної діагностики, динаміки рівня ХГЛ та прогестерону в сироватці крові (табл.3).

Таблиця 3.

Моніторинг ефективності лікування.

Метод	Conducting mode
Спостереження за динамікою змін клінічних симптомів	Двічі на добу та більше в разі необхідності

Визначення гормонального статусу вагітності одним або декількома з нижче наведених методів: • визначення рівнів ХГЛ в сироватці крові в динаміці • визначення вмісту прогестерону в сироватці крові в динаміці • вимірювання базальної (ректальної) температури (до 12 тижнів)	У терміні до 8 тижнів - через 48 годин, а потім один раз на тиждень до зникнення симптомів У терміні після 8 тижнів - один раз на тиждень до зникнення симптомів
УЗД	Використовується з метою підтвердження вагітності що розвивається. Не має самостійного значення в діагностиці переривання вагітності.

Аборт, який розпочався (аборт в ходу) .

Ознаками аборту, який розпочався - це розкриття зовнішнього вічка шийки матки, чому передують біль униз живота та кровотеча зі статевих шляхів.

Огляд у дзеркалах:

- шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите;
- кров'яністі виділення у великій кількості;
- частини плідного яйця у цервікальному каналі;
- підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім в рані терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження:

- тонус матки;
- розміри матки;
- розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД:

- визначається повне або майже повне відшарування плодового яйця (до 12 тижнів);
- наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

Тактика ведення аборту в ходу.

Пацієнтка обов'язково має бути проінформована щодо результатів обстеження, прогнозу даної вагітності, лікувальних заходах, що плануються та дати письмову згоду на проведення медикаментозних та оперативних утручань.

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.

Термін вагітності більше 16 тижнів

Після спонтанного вигнання продукту запліднення 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:

1. 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;
2. при відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

У разі необхідності та за відсутності протипоказань можливо використання утеротоніків:

- для прискорення вигнання продукту запліднення у терміні гестації 16 тижнів та більше лише окситоцин (у дозі 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500мл ізотонічного розчину хлориду натрію (до 40 крапель за хвилину);
- у разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу для покращання скоротливої спроможності матки вводять один з утеротоніків:
- окситоцину 10 ОД в/м або в/в крапельно у 500 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю до 40 крапель за хвилину;
- ергометрину 0,2 мг в/м або в/в (у разі необхідності можливо повторити введення вказаної дози, максимальна добова доза не більше 1 мг);
- мізопростол 800 мкг ректально.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов'язковим. Вибір препарату, дози та тривалість використання має бути визначено індивідуально.

Всім резус-негативним жінкам, у яких не має анти-резус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно діючого протоколу.

Неповний аборт.

Для неповного аборту характерно посилення кровотечі із полових шляхів, біль в нижніх відділах живота, з посиленням в динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер та відходження із полових шляхів частин плодового яйця.

Огляд у дзеркалах:

- шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрито;
- кров'янисті виділення різного ступеня вираженості.

Бімануальне піхвове дослідження:

- тканини плодового яйця визначаються в розширеному каналі шийки матки або в піхві, або за межами статевих органів;
- матка м'якої консистенції;
- розміри матки менше терміну гестації;
- розкриття шийки матки.

УЗД:

- порожнина матки розширена >15 мм;
- шийка матки розкрита;
- плодове яйце/плід не візуалізується;
- визначаються 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.

Абсолютні показання до хірургічного методу (кюретаж або вакуум-аспірація):

- інтенсивна кровотеча,
- розширення порожнини матки >50 мм (УЗД),
- підвищення температури тіла вище $37,5^{\circ}\text{C}$.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під 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 бути використаний за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії;
- ефективність методу до 96% в залежності від деяких факторів, а саме: загальна доза, тривалість прийому та спосіб призначення простагландинів. Найбільший відсоток успіху (70-96%) спостерігається у разі використання великих доз простагландину E1 (800-1200 мкг), які призначаються вагінально.

Виконується при неповному викидні в терміні до 70 днів від 1 дня останньої менструації.

Медикаментозний метод може використовуватися:

- лише у разі підтвердженого неповного аборт у першому триместрі, якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;
- лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.

Для медикаментозної евакуації вмісту порожнини матки використовують:

Мізопростол – 800-1200 мкг одноразово інтравагінально в умовах стаціонару. Препарат вводять у заднє склепіння піхви лікарем під час огляду у дзеркалах. Через кілька годин (як правило 306 годин) після введення мізопростолу починаються маткові скорочення та вигнання залишків плідного яйця. 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 розпочалася протягом 8 годин після введення мізопростолу; виявлення залишків плідного яйця у порожнині матки під час УЗД через 7-10 днів.

Повний аборт

Для повного аборт характерне виходження із порожнини матки інтактного зародка, плаценти та плодових оболонок, з мінімальним больовим синдромом та крововтратою. При вагінальному дослідженні визначаються матка, що добре скоротилася, і закрита шийка матки. Наявність залишків плода чи плодових оболонок діагностується з допомогою УЗД.

УЗД:

- порожнина матки розширена <15 мм;
- цервікальний канал закритий, іноді не повністю;
- плодове яйце/плід не візуалізується;
- залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

Тактика ведення повного аборт.

За відсутності скарг, кровотечі та тканини в порожнині матки за даними УЗД немає необхідності в інструментальній ревізії матки. Контрольне УЗ обстеження через 1 тиждень.

Аборт, що не відбувся

(припинення розвитку ембріона/плода з затримкою плодових тканин в матці). Термін " вагітність, що не розвивається" відображає нездатність матки вигнати тканини плода після його загибелі. Клінічно вагітність, що не розвивається діагностується за невідповідністю розмірів плода терміну гестації. Також можуть зникати симптоми вагітності. При УЗД серцебиття плода не визначається. Часто відзначаються морфологічні аномалії плодового яйця.

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 підтверджена не менше , ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в ультразвукових критеріях дослідження слід повторити через 3-7 днів, паралельно визначити динаміку рівнів хоріогонічного гонадотропіну.

7-8 тижнів:

- відсутність серцевих скорочень ембріону;
- невідповідність розмірів терміну гестації.

9-12 тижнів:

- відсутність серцевих скорочень ембріону;
- невідповідність розмірів терміну гестації.

Тактика ведення аборт, що не відбувся.

В разі підтвердження діагнозу - терміново провести евакуацію ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним шляхами.

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).

Реабілітація репродуктивної функції після мимовільного аборт

1. 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.

2. Профілактика інфекційно-запальних захворювань, санація вогнищ хронічного запалення, нормалізація біоценозу піхви, діагностика та лікування TORCH – інфекцій.
3. Психологічна реабілітація після перенесеного аборту.
4. Неспецифічна прегравідарна підготовка: антистресова терапія, нормалізація раціону харчування, за 3 місяці до зачаття призначення **фолієвої кислоти** 400 мкг на день, режиму праці та відпочинку, відмова від шкідливих звичок.
5. Медико – генетичне консультування.

Звичне невиношування вагітності (звичний викидень).

Звичний аборт (звичний викидень) – визначається як наслідок двох або більше вагітностей поспіль, що закінчились викиднем. Якщо серії цих епізодів передувала нормальна успішна вагітність, то такий стан визначається як „вторинний звичний” викидень”, якщо ні – використовується термін „первинний звичний викидень”.

Таблиця 4.

Обсяг обстеження при звичному невиношуванні вагітності.

№ п/п	Характер обстеження	До настання вагітності	Під час вагітності
1.	Вивчення анамнезу (менструальна, генеративна функції захворювання)	+	+
2.	Огляд спеціалістів за показаннями (ендокринолога, імунолога, генетика, нефролога, психотерапевта, ЛОР, терапевта, невролога)	+	+
3.	Бактеріологічне, бактеріоскопічне та вірусологічне обстеження на уrogenітальні інфекції	+	+
4.	Визначення гормонів та їх метаболітів за показаннями (статеві гормони, гіпофіза та щитовидної залози)	+	+
5.	УЗД	+	+

6.	Стан гіпофіза (МРТ, R-графія турецького сідла) за показаннями	+	-
7.	Імунологічне обстеження за показаннями (ABO та Rh-антитіл; антитіл до фосфоліпідів, кардіоліпінів, бета2 глюкопротеїду та фетальних антигенів, визначення вочкового антикоагулянту)	+	+
8.	Антитіла до хоріонічного гонадотропіну; антиспермальні та антиоваріальні антитіла за показаннями	+	+
		+	-
9.	Генетичне обстеження (каріотип подружжя)	+	-
10.	Пренатальна діагностика	-	+
11.	Гістеросальпінгографія та гістероскопія за показаннями	+	-
12.	Гемостазіограма. Дослідження системи гемостазу.	+	+
13.	Визначення стану шийки матки	+	З 12 тижня

Антифосфоліпідний синдром (АФС).

Клінічні критерії класифікації антифосфоліпідного синдрому (Wilson W. A. et al., 1999):

- 1) *Судинний тромбоз*. Один або більше перенесених епізодів артеріального, венозного тромбозів або тромбозу дрібних судин у будь-якій тканині або органі, підтверджених візуальними методами або доплерометрично, за відсутності гістопатологічних ознак значного запалення судинної стінки.
- 2) *Перинатальна смертність*:
 - один або кілька випадків загибелі морфологічно нормальних плодів у терміні вагітності 10 тижнів. чи пізніше. при підтвердженні нормальної морфологічної будови плода при УЗД чи безпосередньому огляді;
 - один або більше випадків передчасних пологів у терміні 34 тижні або раніше через тяжку прееклампсію або тяжку плацентарну недостатність з народженням морфологічно нормального новонародженого.

- три чи більше послідовних спонтанних викиднів у термін до 10 тижнів неясної етіології. за винятком анатомічних або гормональних порушень у матері та хромосомних порушень у обох батьків.

Діагностика:

1. Виявлення в крові при двох або більшій кількості досліджень IgG та/або IgM антикардіоліпінових антитіл у середньому або високому титрі, з інтервалом між вимірюваннями не менше 6 тижнів, при використанні ELISA, стандартизованого для визначення, $\beta 2$ - глікопротеїнових 1-залежних антикардіоліпінових антитіл.
2. Наявність у плазмі вовчакового антикоагулянту, визначеного з інтервалом не менше 6 тижнів, при проведенні дослідження згідно з керівництвом Міжнародного товариства з вивчення тромбозу та гемостазу.

Лікування.

- аспірин 75 мг/ добу. Прийом аспірину починають, як тільки тест на вагітність стає позитивним, та продовжують до пологів;
- нефракціонований гепарин 5000 ОД підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі. Застосування гепарину починають, як тільки за допомогою УЗД зареєстрована серцева діяльність ембріону. Якщо при попередніх вагітностях мали місце тромбози, терапія може бути продовжена до пологів та і післяпологовому періоді.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН).

Довжина шийки матки 25 мм і більше під час вагітності є абсолютною нормою і ніяких втручання не потребує. Міжнародна федерація акушерів – гінекологів рекомендує вимірювати тривалість шийки матки у всіх жінок з 19 по 24 тижні вагітності. При укорочені і розширенні шийки матки виникає **недостатність "запираючого" апарату матки**, частіше в другому триместрі.

Ризик недостатності шийки матки залежить від перенесених захворювань і насамперед від травматичного пошкодження шийки матки. Є безсимптомним розширенням внутрішнього зів'язи шийки матки. Приводить до спонтанного розриву плодового міхура та втрати вагітності. Дилатація внутрішнього зів'язи розвивається у 2-му триместрі вагітності при життєздатному плоді, не супроводжується кровотечею та підвищенням скорочувальної активності матки. При УЗД характерне виявлення укороченої шийки матки, що набуває форми "воронки" або "дзьоба". Виявлення при УЗД розширення до 23 мм і більше внутрішнього зів'язи шийки матки ймовірно вказує на істміко-цервікальну недостатність, ширина внутрішнього зів'язи менше 19 мм дозволяє виключити цей діагноз.

Лікування ІЦН.

- Серкляж – мінімальне хірургічне втручання, при якому на шийку матки накладається шов.

За термінами виконання виділяють:

- Серкляж до вагітності;
- Плановий серкляж у 12-14 тижнів;
- Ургентний серкляж (до 23 тижнів вагітності, у рідкісних випадках пізніше).

На сьогоднішній день у світі виконується в основному три види серкляжу:

- метод Макдональда. Операція проводиться без розтину слизової оболонки шляхом накладання кисетного шва.
 - метод Шіродкара. Це накладання циркулярного шва на шийку матки з попереднім розтином слизової оболонки
 - метод Сценді. Під час операції зовнішній зів шийки матки повністю зшивається кетгуттом або шовковими нитками. Для його попередньо січуть тонка смуга слизової оболонки.
- Акушерський песарій — це невеликий пластиковий або силікований медичний виріб, який накладається на шийку матки для утримання матки в певному положенні. Використанні акушерського песарію - після 22 тижнів вагітності.

Інфікований викидень.

При інфікованому викидні клінічна картина - це лихоманка, значна болючість у ділянці матки та внизу живота. Інструментальне випорожнення матки слід провести відразу після стабілізації стану хворої. Починають антибактеріальну терапію. Частими збудниками є анаеробні мікроорганізми (стрептококи, бактерії та клостридії).

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ (Шифр МКХ-10: O60).

В Україні протягом останніх років від 7 до 10% вагітностей закінчуються передчасними пологам (у розвинених країнах — у середньому 5-12%, зокрема у Нідерландах — 3,5%, Франції — 5%, Швеції — 6%). Щороку від ускладнень, пов'язаних із передчасними пологам, помирає понад 1 млн дітей, при цьому частота таких пологів зростає майже в усіх країнах. ВООЗ запровадила термін «народжені занадто рано» і підготувала доповідь про глобальні дії щодо запобігання передчасним пологам. Недоношені діти особливо вразливі й часто стають інвалідами, багатьом з них потрібен спеціальний догляд. У деяких випадках наслідки передчасних пологів можуть «відгукуватися» протягом усього подальшого життя дитини — у вигляді порушень розвитку і функціонування нервової системи, розладів зору, зниження здатності до навчання, а також ризику виникнення неінфекційних захворювань у довгостроковій перспективі. Дослідження фахівців США свідчать: 22% дітей, народжених до 26-го тижня вагітності, хворітимуть на ДЦП, у 24% спостерігатиметься середній ступінь інвалідизації (спеціальні потреби), у 34% виникнуть порушення у вигляді зниження IQ та розладів зору, і лише 20% уникнуть відхилень розвитку.

Клінічні проблеми у недоношених дітей з дуже малою масою тіла та надзвичайно малою масою тіла:

- Гіпотермія;
- Гіпоглікемія;
- Дихальні проблеми;

- Дисбаланс рідини та електролітів;
- Гіпербілірубінемія;
- Анемія недоношених дітей;
- Порушення харчування, труднощі вигодовування і повільні темпи збільшення маси тіла;
- Інфекція;
- Неврологічні проблеми;
- Ретинопатії;
- Дефіцит слуху.

Зараз можна відзначити, що саме Перинатальні центри III рівня в рамках проекту забезпечують непогані результати: виживає близько 70% з масою тіла 500-999 г і приблизно 94% з масою тіла 1000-1499 г.

Передчасні пологи (ПП) - це пологи з спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності та народженням плода вагою більш 500 г у терміні вагітності з 22 повних тижнів до 36 тижнів+ 6 днів (154-259 днів).

У зв'язку з особливостями акушерської тактики та виходжування дітей, які народились при різних термінах гестації доцільно виділити такі **періоди ПП**:

- ❖ **Занадто ранні передчасні пологи** – 22-27 тижнів: народження дітей з надзвичайно (екстремальна) малою масою тіла 500-1000 г;
- ❖ **Ранні передчасні пологи** – 28-33 тижні: народження дітей з дуже малою масою тіла 1000 – 1499 г.;
- ❖ **Передчасні пологи** – 34-36 тижнів+ 6 днів: народження дітей з малою масою тіла 1500 – 2500 г.

Класифікація заснована на діагностиці та підтвердження пологів:

- ❖ **Загрозливі ПП** – регулярної пологової діяльності немає, окремі маткові скорочення, шийка матки нормальна або вкорочена, довжина шийки матки – 2-2,5см, цервікальний канал відкритий до 1 см.
- ❖ **Передчасні пологи, що починаються** – переймоподібний біль або перейми регулярні з інтервалом 3-10 хв, шийка матки довжиною до 1,5 см, згладжується і розкривається. Акушерська тактика: токолітична терапія+ профілактика дистрес синдрому+ динамічне спостереження.
- ❖ **Передчасні пологи, що почалися**- пологова діяльність регулярна: перейми кожні 3-5 хв, шийка матки відкрита понад 3 см. Акушерська тактика: пролонгування вагітності недоцільно.
- ❖ **Спонтанні**- починаються з регулярної пологової діяльності при цілому плодовому міхурі (ідіопатичні; близько 40-50% випадків).
- ❖ **Індуковані** – починаються з відходження навколоплідних вод за відсутності пологової діяльності(передчасний розрив плодових оболонок; близько 50%).

Етіологія.

Передчасні пологи в терміні 22-27 тижнів найчастіше зумовлені інфікуванням нижнього полюсу плодового міхура та його передчасним розривом, ІЦН; у термін гестації 28-33 тижні мають різноманітні причини: акушерські (неправильне положення плода, передлежання плаценти, багатопліддя, багатоводдя, вади розвитку матки, імунологічні конфлікти під час вагітності, пізні гестози, плацентарна недостатність тощо), інфантилізм, екстрагенітальна патологія, інфекційні захворювання матері, негативний вплив навколишнього середовища, шкідливі звички, стрес тощо.

Прогнозування передчасних пологів:

Прогнозування передчасних пологів:

1. Наявність фетального фібронектину (fFN). Фетальний фібронектин – це білок, який присутній у плаценті. Якщо він з'являється у піхвових виділеннях – плацента готується до пологів. Тест може бути застосований для жінок на 22-34 тижнях вагітності.
2. Вимірювання довжини шийки матки УЗД. Вимірювання довжини шийки матки під час трансвагінального УЗД. Середня довжина шийки матки в термін 24 тижні становить 34-36мм. Імовірність ПП збільшується, якщо довжина шийки матки менше 25 мм, у разі зменшення її до 15 мм і менше – ризик ПП сягає 50%.
3. Тест- система Actim Partus для визначення загрози ПП: тампон для взяття зразка, пробірка з розчином, тест- смужка. Тест ґрунтується на визначення у цервікальному слизі фосфорильованого протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ФПЗІФР-1), який продукується децидуальними клітинами і вивільнюється з наближенням терміну пологів. При рівні ФПЗІФР-1 менше ніж 10 мкг/л – тест негативний. Негативний результат тесту вказує на те, що пацієнтка не народить протягом 7-14 днів.

Підтвердження пологів:

1. У вагітної після 22 тижнів з'являються **переймоподібні болі** внизу живота та крижах з появою слизово- кров'яних або водянистих (у разі відходження навколоплідних вод) виділень із піхви. Наявність 1 перейми протягом 10 хвилин, що продовжується 15-20 секунд;
2. Зміна форми та розташування шийки матки – **прогресивне укорочення шийки матки та її згладжування. Розкриття шийки матки** – збільшення діаметру просвіту шийки матки, вимірюється у сантиметрах;
3. **Поступове опускання голівки плода до малого тазу** відносно площини входу у малий таз (за даними зовнішнього акушерського дослідження) або відносно lig. interspinalis (при внутрішньому акушерському дослідженні).

Ускладнення при передчасних пологах.

- ❖ Майже в 45% випадків починаються з передчасного відходження навколоплідних вод.

- ❖ Виникають нерідко аномалії пологової діяльності: слабкість (3,2%), дискоординація (18,8%), неправильне положення плода (6-7%), передлежання і випадіння петель пуповини (1,8%). Тривалість пологів може збільшитись внаслідок незрілості шийки матки, непідготовленості системи нейрогуморальних і нейроендокринних механізмів регуляції пологових сил.
- ❖ Часто бувають стрімкими (14,7%) у зв'язку з ІЦН.
- ❖ Буває допологова кровотеча внаслідок відшарування низько або нормально розташованої плаценти чи її передлежання. Нерідко спостерігаються кровотечі в послідовий і ранній післяпологовий періоди внаслідок затримки частин плаценти.
- ❖ Нерідко виникають інфекційні ускладнення під час пологів (хоріоамніоніт) і в післяпологовий період (ендометрит, флєбіт), а також у 25,6% роділь визначають інфекції сечової та статевих систем та ін.
- ❖ Під час пологів часто спостерігається дистрес плода. Недоношений плід зазнає тривалої хронічної гіпоксії; адаптаційні можливості його різко знижені.

Особливості ведення передчасних пологів:

- ❖ На сучасному етапі організації акушерської допомоги в Україні оптимальним є проведення передчасних пологів у Перинатальних центрах (ІІІ рівень) з 22 до 34 тижня вагітності, у яких є умови для проведення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених. З 35 тижнів вагітності розродження може проводитися у закладах ІІ рівня надання медичної допомоги, за необхідності – з викликом консультанта із закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги.
- ❖ Ведення передчасних та термінових пологів при ДРПО здійснюється за відповідними стандартами медичної допомоги.
- ❖ За наявності багатоплідної вагітності, ВІЛ, первинного генітального герпесу, аномальних вагінальних виділень, хоріоамніоніту тактика ведення вагітності та пологів при ДРПО здійснюється відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
- ❖ Жінкам з ПДРПО та їхнім партнерам слід запропонувати консультацію психолога під час вагітності та після передчасних пологів.
- ❖ Проведення бімануального обстеження слід уникати задля зменшення ризику інфікування. Його виконання є виправданим за наявності регулярних переймів, а також при плануванні індукції пологів.
- ❖ Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища для недоношеної дитини 28° - 29°С.
- ❖ Для профілактики респіраторного дистрес синдрому у недоношених новонароджених призначення одного курсу антенатальних глюкокортикостероїдів внутрішньом'язово вагітним з ПДРПО показано: в терміні з 24+0 до 34 тижнів; в терміні 34+0 – 36+6 тижнів, якщо планується очікувальна тактика до 37 тижнів і глюкокортикостероїди не призначалися на ранніх термінах вагітності.

- ❖ Повторний курс антенатальних глюкокортикостероїдів можливий з урахуванням інтервалу після останнього курсу, терміну вагітності та ймовірності пологів протягом наступних 48 годин відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.
- ❖ Короткостроковий токоліз (48 годин) у вагітних з ПДРПО розпочинається під час транспортування до ЗОЗ, де надається спеціалізована медична допомога у складних неонатальних випадках, або для призначення глюкокортикостероїдів.
- ❖ Якщо передчасні пологи очікуються впродовж 24 годин, призначення магнію сульфату для нейропротекції плода в терміні від 24⁺⁰ до 32⁺⁰ тижнів вагітності здійснюється згідно зі стандартами медичної допомоги.
- ❖ Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюється відповідно до додатку 5 до цього Стандарту за наявності показань: ТДРПО, якщо латентний період перевищує 12 годин; очікувальна тактика у вагітних з ПДРПО і РРПО; вагітні з ДРПО, у яких статус СГВ позитивний чи невідомий; наявність ознак хоріоамніоніту.
- ❖ Новонароджена дитина недоношена не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.
- ❖ Знеболювання пологів за показаннями.
- ❖ Положення жінки при народженні дитини. Забезпечується можливість роділлі вибрати положення для народження дитини, яке є зручним для неї.
- ❖ Потужна техніка - надати перевагу техніці „не керованих фізіологічних потуг”, жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання;
- ❖ Рутинну епізію- чи перинеотомію та пудендальну анестезію не проводять.
- ❖ Обов'язкова присутність лікаря педіатра-неонатолога.

Антенатальна профілактика респіраторного дистрес - синдрому (РДС) плода під час вагітності:

Схеми застосування:

- 4 дози дексаметазону 6 мг в/м з інтервалом в 12 годин;
- або 2 дози бетаметазону 12 мг в/м з інтервалом в 24 години. Перевагу бетаметазону слід віддавати за умови ПРПО або в активній фазі I періоду пологів.

Попередження РДС у недоношених новонароджених дітей. Лікування новонароджених з розвинутою дихальною недостатністю - застосовується сурфактант. Сурфактантний альвеолярний комплекс – комплекс поверхнево активних речовин ліпопротеїдної природи, які утримують поверхневий натяг в альвеолах близьким до нуля, що запобігає їх злипанню при видиху, розчиняють в собі вуглекислий газ і кисень. Полегшуючи тим самим перехід цих газів через стінки альвеол і капілярів.

Новонародженим у терміні гестації < 28 тижня завжди інтратрахеально вводять сурфактант. У термін 28-30 тижнів вводять сурфактант, якщо недоношений

новонароджений потребують інтубації трахеї або матір не отримала повного курсу кортикостероїдної профілактики під час вагітності Сурфактант вводять як найшвидше, не пізніше через 30 хв. після народження дитини (Куросурф, Інфасурф, Лімітед).

Препарати для токолізу:

Гексопреналін (фарм. група - бета-адреноміметики) розчиняють 10 мкг на 500 мл 0,9% NaCl в/в крапельно з швидкістю 5-10 крап/хв за допомогою інфузомату (не використовувати разом з глюкокортикоїдами).

- **Ніфедипін** (фарм. група - блокатори кальцієвих каналів) 10 мг сублінгвально кожні 15 хв. впродовж першої години до припинення перейм, потім по 20 мг 3 р\добу (не використовувати одночасно з бета- міметиками).
- **Трактоцил** — (фарм. група- селективний антагоніст рецепторів окситоцину, що володіє специфічною тропністю до рецепторів матки, зменшує частоту її скорочень і сповільнює скоротливу діяльність міометрія). Препарат забезпечує найвищу ефективність у разі негайного призначення одразу після встановлення діагнозу ПП.
- **Індометацин** в дозі 50 мг двічі на день, ректально, до 30 тижнів вагітності.

Схема магнєзальної терапії.

Сульфат магнію не має вираженої токолітичної активності, не попереджує ПП. Він призначається у гестаційні терміни 24-32 тижнів та невідворотності пологів з метою нейропротекції. Розпочати інфузію за 9 годин до початку операції, завершити за 4 години.

Активна фаза I періоду пологів та програмоване розродження в терміні 24-32 тижні:

- 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 200 мл 0,9 NaCl та вводять в\в крапельно протягом 1 години;
- 16 мл 25% розчиняють в 400 мл 0,9 NaCl та вводять в\в крапельно із швидкістю 100 мл/год протягом 4 годин.

Імовірний діагноз хоріоамніоніту:

- Лихоманка – температура $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$ одноразово АБО від $38,0^{\circ}\text{C}$ до $38,9^{\circ}\text{C}$ під час двох або більше вимірювань з інтервалом у 30 хвилин без іншої явної причини ПЛЮС одна або більше ознака з наступних:
- Початкова ЧСС плода >160 ударів за хвилину протягом ≥ 10 хвилин, за винятком акцелерацій, децелерацій і періодів помітної варіабельності.
- Кількість лейкоцитів у крові матері >15 Г/л за відсутності використання антенатальних глюкокортикостероїдів і зсув лейкоформули вліво.
- Гнійна АР, що витікає з цервікального каналу, візуалізується при огляді в дзеркалах.

Підтверджений діагноз хоріоамніоніт:

- Усе вищезазначене ПЛЮС об'єктивні лабораторні ознаки інфекції, а саме:
- Лабораторні дослідження АР, отриманої шляхом амніоцентезу: позитивне фарбування за Грамом на наявність бактерій, низький рівень глюкози, високий

вміст лейкоцитів за відсутності домішок крові, або позитивні результати посіву, АБО

- Патологогістологічні ознаки інфекції або запалення або обох у плаценті, плодових оболонках або судинах пуповини (фунісит).

Допологовий розрив плідних оболонок при ПП.

Термін «дологовий розрив плідних оболонок» був прийнятий Американським коледжем акушерів і гінекологів (ACOG) у 2018 році, а ще раніше – Національним інститутом здоров'я і досконалості допомоги (NICHD). **Дологовий розрив плідних оболонок** (ДРПО) відбувається до початку пологової діяльності і класифікується відповідно до терміну вагітності, на якому він стався: терміновий, передчасний та ранній.

Терміновий допологовий розрив плідних оболонок (ТДРПО):

спонтанний розрив плідних оболонок до моменту початку пологової діяльності на 37 тижні вагітності або пізніше.

Передчасний допологовий розрив плідних оболонок (ПДРПО):

спонтанний розрив плідних оболонок до початку пологової діяльності у терміні з 22-х до 37-ми тижнів вагітності.

Ранній розрив плідних оболонок (РРПО): спонтанний розрив оболонок, який відбувся до моменту настання гестаційного віку життєздатності.

Клінічно межа життєздатності (повні 22 тижні вагітності) визначається як термін вагітності, при якому плід має 50% шансів на виживання після народження.

Латентний період визначається як часовий інтервал між ДРПО і початком спонтанної пологової діяльності.

Діагноз ПДРПО встановлюється:

на підставі скарг, анамнестичних даних, загального фізикального, акушерського, інструментального та лабораторного обстеження.

Діагностичними ознаками ПДРПО під час огляду за допомогою дзеркал є

- пряме витікання амніотична рідина з шийки матки та її «скупчення» в задньому склепінні піхви. У разі утруднень проводять диференціальну діагностику навколоплідних вод з сечею, підвищеною секрецією вагінальних і цервікальних залоз перед пологами з використанням тестів:
 - Actim Prom.
 - Нітразиновий тест – «Amnio Test».
 - «Тест папороті».
 - Цитологічний тест.
 - Визначення рН за допомогою тест-смужки.
 - Дослідження мазків з піхвового вмісту методикою Л. С. Зейванг.

- УЗД – маловоддя. У разі виявлення маловоддя та за умови хоча б одного позитивного тесту на навколоплідні води встановлюється діагноз ПРПО. Ультразвукова діагностика олігогідрамніону здійснюється шляхом оцінки максимальної вертикальної кишені АР.

У разі виявлення маловоддя та за умови хоча б одного позитивного тесту на навколоплідні води встановлюють діагноз ПДРПО.

Тактика ведення пацієнтки ПДРПО.

Обирають індивідуальну тактику ведення залежно від терміну вагітності, супутньої патології, акушерської ситуації, акушерсько-гінекологічного анамнезу.

Вибирається **активна** або **очікувальна** тактика.

Очікувальна тактика

(без індукції пологової діяльності) може бути обрана:

- при задовільному стані вагітної;
- при задовільному стані плода;
- при відсутності ознак хоріоамніоніту;
- при відсутності ускладнень після розриву плідних оболонок (випадіння петель пуповини, відшарування плаценти та інших показань для ургентного розродження).

При очікувальній тактиці при ПДРПО протягом латентного періоду проводиться моніторинг стану вагітної (щодня вимірювання температури тіла, ЧСС, пульсу двічі на добу; загальний аналіз крові та С-реактивний білок залежно від клінічного перебігу, але не рідше ніж 2 рази на тиждень).

При очікувальній тактиці при ПДРПО під час латентного періоду для моніторингу стану плода здійснюється аускультация серцебиття плода двічі на добу та картографія щодня; після 28 тижнів вагітності – КТГ не рідше 2 разів на тиждень; УЗД для оцінки МВК АР щотижня, фетометрія – кожні 2-3 тижні, доплерометрія кровотоку артерії пуповини – за показаннями.

Активна тактика ведення застосовується для вагітних з ПДРПО в будь-якому терміні вагітності за наявності протипоказань для очікувальної тактики.

Ургентне розродження вагітних з ДРПО показано за наявності дистресу плода, випадіння петель пуповини, клінічних ознак інфекції або передчасного відшарування плаценти.

Проведення кесаревого розтину у жінок з ДРПО здійснюється за показаннями та відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

При виборі активної тактики вагітним з ДРПО проводиться внутрішнє акушерське дослідження з оцінкою зрілості шийки матки за шкалою Бішоп в модифікації J. Burnett, 2008, за умови «зрілої» шийки матки (8–13 балів) та відсутності протипоказань до вагінальних пологів розпочинається індукція пологів за допомогою внутрішньовенного введення окситоцину.

У термін вагітності 22-25 тижнів:

- спостереження за станом матері та плода без внутрішнього акушерського дослідження в умовах акушерського стаціонару III-го рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія.

У терміні вагітності 26-34 тижні:

- спостереження за станом матері та плода без внутрішнього акушерського дослідження в умовах акушерського стаціонару III-го рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія;
- профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода в\м введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг) або бетаметазону по 12 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг).

У терміні вагітності 35-36 тижнів:

- можлива очікувальна та активна тактика;
- у разі задовільного стану матері та плода і відсутності показань до оперативного розродження спостереження без внутрішнього акушерського дослідження у закладах охорони здоров'я II - III рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія;
- за умови відсутності розвитку спонтанної пологової діяльності через 24 години здійснюють внутрішнє дослідження;
- за зрілої шийки матки індукція пологової діяльності починається зранку (не раніше 6 год) окситоцином;
- за незрілої шийки матки проводять підготовку до пологів інтравагінальним введенням простагландину E2;
- за наявності показань здійснюють розродження шляхом операції кесарева розтину.

Таблиця 5.

**Схеми призначення антибактеріальних лікарських засобів
при передчасному розриві плідних оболонок**

Назва лікарського засобу	Дозування, шлях введення, тривалість курсу
Макроліди	
Еритроміцин АБО	250 мг перорально кожні 6 годин протягом 10 днів
Азитроміцин АБО	500г перорально одноразово АБО 500 мг до 1 г перорально одноразово, потім по 250 мг

	перорально кожні 24 години протягом 4 днів
Кларитроміцин	500 мг перорально кожні 12 годин протягом 7 днів
Додатково антибактеріальні препарати, ефективні проти СГВ	
Ампіцилін + Амоксицилін АБО	2 г внутрішньовенно кожні 6 годин протягом 2 днів 500 мг перорально кожні 8 годин протягом 5 днів
Бензилпеніцилін	5 мільйонів міжнародних одиниць (МО) внутрішньовенно, потім 2,5- 3,0 мільйони МО кожні 4 години протягом 2 днів

Рекомендовані схеми прийому антибіотиків для інтранатальної профілактики при СГВ.

1. Бензилпеніцилін 5 мільйонів МО внутрішньовенно, потім 2,5-3,0 мільйони МО кожні 4 години до народження дитини АБО
2. Якщо жінка має алергію на пеніцилін, але має низький ризик анафілаксії: цефазолін 2 г внутрішньовенно, потім 1 г кожні 8 годин до народження дитини АБО
3. Якщо у жінки є алергія на пеніцилін та існує ризик анафілаксії: кліндаміцин 900 мг внутрішньовенно кожні 8 годин до народження дитини (якщо ізолят чутливий до кліндаміцину без індукованої резистентності) АБО ванкоміцин 1 г внутрішньовенно кожні 12 годин до народження дитини

Примітки:

- Використовують 2 схеми лікування антибіотиками: 1) макроліди (еритроміцин, або азитроміцин або кларитроміцин) окремо або в комбінації з групою антибіотиків покриття СГВ на 2 дні (якщо статус СГВ невідомий або позитивний), або 2) комбінація ампіциліну/амоксициліну та макроліду незалежно від статусу СГВ.
- Не доцільно продовження антибактеріальної терапії у латентному періоді понад 10 діб.

Дітям, народженим у термін гестації понад 34 тижні, які після народження кричить або адекватно дихають, виявляють задовільну рухову активність і не мають дихальних розладів, забезпечують стандартний догляд згідно з вимогами Наказу МОЗ України №152. У разі виявлення у такої дитини центрального ціанозу вільний потік кисню можна забезпечити, не порушуючи контакту з матір'ю «шкіри до шкіри», за умови належного спостереження. **Метод «Кенгуру»**, який передбачає контакт «шкіра до шкіри» (дозвіл робить неонатолог-реаніматолог) - це втручання для догляду за недоношеним немовлятами або немовлятами з низькою вагою. Техніка та втручання є рекомендованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я з 2003 року. Позиція

«Кенгуру», виключно грудне вигодовування, політика ранньої виписки, динамічне спостереження протягом року, психосоціальна підтримка. – це п'ять основних складових метода. »(дозвіл робить неонатолог-реаніматолог).

VI. План та організація структури заняття.

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

Основні етапи заняття.

1. Підготовчий етап – мотивація теми, контроль вихідного рівня базового і основних знань шляхом відповіді на контрольні запитання
2. Основний етап – самостійна робота студентів під контролем викладача.
3. Заклучний етап – контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення задач, усних виступів про зроблену роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, зауваження по ходу заняття з оцінкою знань студентами запитань, деонтології, домашнє завдання.

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних.

Оснащення: таблиці, слайди, історії вагітних різних термінів, що завершилися перериванням.

Перелік теоретичних питань, які підлягають вивченню на практичному занятті:

1. Що таке невиношування вагітності?
2. Причини невиношування вагітності.
3. Етіологія і патогенез мимовільних абортів.
4. Стадії розвитку мимовільних абортів.
5. Клініка загрози мимовільного аборту.
6. Клініка неповного мимовільного аборту.
7. Клініка повного мимовільного аборту.
8. Клініка завмерлої вагітності.
9. Методи діагностики загрози переривання вагітності.

10. Методи лікування загрози переривання вагітності.
11. Діагностика і лікування прогресуючого мимовільного аборту.
12. Діагностика і лікування неповного мимовільного аборту.
13. Діагностика і лікування неповного мимовільного аборту.
14. Діагностика істміко-цервікальної недостатності.
15. Методи лікування істміко-цервікальної недостатності.
16. Профілактика з аборту, що не відбувся.
17. Профілактика звичного викидня.
18. Клініка, діагностика, лікування загрози передчасних пологів.
19. Причини настання передчасних пологів.
20. Клініка передчасних пологів.
21. Діагностика передчасних пологів.
22. Тактика, методика та особливості проведення передчасних пологів.
23. Ускладнення в пологах.
24. Основні причини смертності недоношених дітей.
25. Механізм дії на міометрій лікувальних препаратів, які застосовують для пролонгування вагітності.

Завдання для самостійної роботи на основному етапі заняття:

1. Провести обстеження вагітної: зібрати анамнез, визначити основні проблеми та скарги жінки.
2. Провести зовнішнє акушерське обстеження вагітної.
3. Скласти план обстеження вагітної.
4. Оцінити дані, отримані при обстеженні лабораторними та іншими методами.
5. Скласти план лікування

Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Бімануальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає палець, за внутрішнім вічком пальпуються елементи плода, виділення кров'яністі, значні.

- Яка тактика ведення?
 - A. Призначення препаратів прогестерону
 - B. Призначення токолітичних препаратів
 - C. Кюретаж стінок порожнини матки після спонтанного вигнання плода
 - D. Ліжковий режим, спостереження
 - E.** Ургентний кюретаж стінок порожнини матки

2. В акушерський стаціонар поступила вагітна в терміні 10-11 тижнів зі скаргами на болі внизу живота, значні кров'яністі виділення. Бімануальне дослідження: матка збільшена до 7-8 тижнів вагітності, шийка вкорочена, пропускає палець, виділення кров'яністі, значні. УЗД: порожнина матки розширена >15 мм; шийка матки розкрита; плодове яйце не візуалізується;

визначаються тканини неоднорідної ехоструктури.

- Яка стадія мимовільного аборт?

А. Загрозливий аборт
 В. Аборт, який розпочався
С. Неповний аборт
 D. Повний аборт
 Е. Аборт, що не відбувся

3. До стаціонару звернулася вагітна 26 років зі скаргами на незначні кров'яністі виділення та підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$. Строк вагітності 7-8 тижнів. При огляді у дзеркалах шийки матки сформована, зовнішнє вічко закрите. За даними бімануального дослідження розміри матки відповідають 5-6 тижням вагітності, цервікальний канал закритий. УЗД : відсутність серцевих скорочень ембріону; невідповідність розмірів терміну гестації.

- Яка стадія мимовільного аборт?

А. Загрозливий аборт
 В. Аборт, який розпочався
 С. Неповний аборт
 D. Повний аборт
Е. Аборт, що не відбувся

4. Вагітна 19 років звернулася до стаціонару зі скаргами на незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів після виділень зі згустками, тягучий біль внизу живота. Строк вагітності 7-8 тижнів. Бімануальне дослідження: шийка матки вкорочена, внутрішнє вічко закрите, незначна кровотеча, матка збільшена до 4-5 тижнів, твердої консистенції, безболісна. УЗД: порожнина матки розширена <15 мм; цервікальний канал закритий; плодове яйце не візуалізується; залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

- Яка стадія мимовільного аборт?

А. Загрозливий аборт
 В. Аборт, який розпочався
 С. Неповний аборт
D. Повний аборт
 Е. Аборт, що не відбувся

5. В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 11-12 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів. Бімануальне дослідження: внутрішнє вічко закрите, незначна кровотеча шийки. УЗД: Відповідність розмірів ембріону розмірам плідного яйця терміну гестації. Є серцеві скорочення плода. Рівні ХГЛ співпадають з терміном гестації 11-12 тижнів.

- Яка стадія мимовільного аборт?

A. Загрозливий аборт
 B. Аборт, який розпочався
 C. Неповний аборт
 D. Повний аборт
 E. Аборт, що не відбувся

6. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Бімануальне дослідження: шийка матки вкорочена, пропускає > 4см, плідний міхур відсутній, пальпується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

- Яка тактика ведення?

A. Призначення препаратів прогестерону
 B. Призначення токолітичних препаратів
C. Кюретаж стінок порожнини матки після спонтанного вигнання плоду
 D. Медикаментозна стимуляція з подальшою інструментальною ревізією порожнини матки
 E. Ургентний кюретаж стінок порожнини матки.

7. В гінекологічне відділення поступила жінка 26 років, повторно вагітна зі скаргами на відсутність відчуття рухів плода, незначні кров'яністі виділення. Строк вагітності 20 тижнів. В анамнезі одні фізіологічні пологи 2 роки назад. При бімануальному дослідженні: розміри матки відповідають 17-18 тижням вагітності, цервікальний канал закритий. УЗД: відсутність серцевих скорочень ембріону; матка відповідає терміну 17-18 тижнів вагітності.

- Яка тактика ведення?

A. Призначення препаратів прогестерону
 B. Призначення токолітичних препаратів
 C. Кюретаж стінок порожнини матки після спонтанного вигнання плоду
D. Медикаментозна стимуляція з подальшою інструментальною ревізією порожнини матки
 E. Ургентний кюретаж стінок порожнини матки

8. До лікаря звернулась вагітна в терміні гестації 24 тижня. Має обтяжений акушерський анамнез – дві самовільно перерваної вагітності в другому триместрі. Під час теперішньої вагітності скарги на болі внизу живота відсутні, навколоплідні води не відходили. Загальний стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0C, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. При УЗД виявлено: матка відповідає терміну 24 тижням вагітності; серцеві скорочення плода – 140 уд\хв.; клиноподібна трансформація каналу шийки матки на 40% довжини, внутрішній зів шийки матки розширений до 23 мм.

- Яка тактика ведення?
 - A. Накладання шва на шийку матки
 - B. Використання акушерського песарію**
 - C. Кюретаж стінок порожнини матки після спонтанного вигнання плода
 - D. Медикаментозна стимуляція з подальшою інструментальною ревізією порожнини матки
 - E. Ургентний кюретаж стінок порожнини матки

9. До лікаря звернулась вагітна в терміні гестації 19- тижнів вагітності. Має обтяжений акушерський анамнез – дві самовільно перерваної вагітності в другому триместрі. Під час теперішньої вагітності скарг немає, навколоплідні води не відходили. Загальний стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0C, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. При УЗД виявлено укорочення шийки матки, що набуває форми "воронки", внутрішній зів шийки матки розширений до 23 мм і більше.

- Яка тактика ведення?
 - A. Накладання шва на шийку матки**
 - B. Використання акушерського песарію
 - C. Кюретаж стінок порожнини матки після спонтанного вигнання плода
 - D. Медикаментозна стимуляція з подальшою інструментальною ревізією порожнини матки
 - E. Ургентний кюретаж стінок порожнини матки

10. Вагітна, 30 років, вагітність I , 32-33 тижні, пологи I . Температура тіла 36,6 0C, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі. Стан плода задовільний. Турбують скарги на окремі маткові скорочення, регулярної пологової діяльності немає, навколоплідні води цілі. Бімануальне дослідження: положення шийки матки щодо провідної осі тазу – між крижами і провідною віссю таза; довжина > 2 см; консистенція – щільна; відкриття зовнішнього вічка – закритий; передлегла частина плода – притиснута до входу в малий таз. Навколоплідні води цілі.

- Яка акушерська тактика?

- A.** Токолітична терапія
- В. Використанні акушерського песарію
- С. Накладання шва на шийку матки
- Д. Медикаментозна стимуляція з подальшою інструментальною ревізією порожнини матки
- Е. Госпіталізації та лікування не потребує

11. Вагітна, 30 років, вагітність I, 32-33 тижні, пологи I, другий період пологів.

Стан плода задовільний. Обрано тактику ведення пологів через природні пологові шляхи.

- Якою має бути температура в приміщенні, де відбуваються пологи?

- А. 22- 23 °С
- В. 23-25°С
- С. 25-27 °С
- D.** 28-29°С
- Е. 18-20°С

12. Роділля, 20 років, перебуває на початку I періоду пологів в терміні вагітності 34 тижня. Перейми через 5 хвилин 25-30 с. Серцебиття плода не страждає. За якого розкриття отвору шийки матки відбувається своєчасне відходження навколоплідних вод?

- А. до початку перейм
- B.** 8-10 см
- С. 4-6 см
- Д. 2-4 см
- Е. 6-8 см

13.Роділля, 23 роки, пологової діяльності немає. Серцебиття плода не страждає. За якого розкриття отвору шийки матки відбувається допологове відходження навколоплідних вод ?

A. до початку перейм

B. 8-10 см

C. 4-6 см

D. 2-4 см

E. 6-8 см

14.Фізіологічною крововтратою після народження недоношеної дитини вважається така, що:

A. Не перевищує 0,5% ОЦК породіллі.

B. Не перевищує 0,5% маси тіла породіллі.

C. Від 0,5 – 1% ОЦК породіллі.

D. Від 0,5 – 1% маси тіла породіллі

E. Не перевищує 2% маси тіла породіллі.

Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань.

Задача 1.

Вагітна 36 років. Вагітність I, 6 тижнів. Скарги на затримку менструації, тягнучий біль в нижніх відділах живота, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів. Під час огляду в дзеркалах – зовнішнє вічко закрите, синюшного кольору, мізерні кров'яністі виділення. Під час бімануального вагінального дослідження встановлюють, що матка легко збудлива, її тонус підвищений, розміри відповідають 6 тижням вагітності.

1.Діагноз?

2.Яка тактика ведення?

ЗАДАЧА№1, ВІДПОВІДЬ.

1.Діагноз: Вагітність I, 6 тижнів. Загрозливий аборт.

2.Тактика: За наявності клінічних ознак загрозового аборт у терміні вагітності менше 8 тижнів проведення терапії, спрямованої на збереження вагітності не рекомендується (висока питома вагу хромосомних аномалій до70%). Потрібно отримати письмову згоду на збереження вагітності. Після встановлення діагнозу та до початку лікування необхідним є визначення життєздатності ембріона та подальшого прогнозу вагітності.

Задача 2.

Вагітна 30 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами тривалий біль в нижніх відділах живота з посиленням в динаміці до інтенсивної, що має переймоподібний характер; рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Строк вагітності 11 тижнів. Під час огляду в дзеркалах – вкорочення шийки матки, відкрите зовнішнє вічко, велику кількість кров'янистих виділень; частини плодового яйця в каналі шийки матки. Під час бімануального вагінального дослідження: визначається підвищений тонус матки, матка збільшена до 15 тижнів вагітності. УЗД ознаки: визначається повне відшарування плодового яйця.

1. Діагноз?
2. Тактика ведення?

ЗАДАЧА № 2, ВІДПОВІДЬ.

1.Діагноз: Мимовільний аборт в ході в терміні 11 тижнів.

2.Тактика: Провести 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.

Задача 3.

Вагітна 32 роки звернулась до жіночої консультації зі скаргами тривалий біль в нижніх відділах живота з посиленням в динаміці до інтенсивної, що має переймоподібний характер; рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Строк вагітності 20 тижнів. Під час огляду в дзеркалах – вкорочення шийки матки, відкрите зовнішнє вічко, велику кількість кров'янистих виділень; частини плодового яйця в каналі шийки матки. Під час бімануального вагінального дослідження: визначається підвищений тонус матки, матка збільшена до 18 тижнів вагітності. УЗД: матка збільшена до 18 тижнів, серцебиття плода не визначається, повне відшарування плаценти.

- 1.Діагноз?

2.Тактика ведення?

ЗАДАЧА № 3, ВІДПОВІДЬ.

- 1.Пізній мимовільний аборт в ході в терміні 20 тижнів.
- 2.Після спонтанного вигнання продукту запліднення проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки в залежності від об'єму крововтрати.

Задача 4.

Вагітна 29 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на біль, який має переймоподібний характер, періодично зменшується; рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Строк вагітності 16 тижнів. Під час огляду в дзеркалах – вкорочена шийка матки, відкрите зовнішнє вічко, що супроводжується кров'янистими незначними виділеннями. Під час бімануального вагінального дослідження: матка м'якої консистенції, збільшена до 12 тижнів вагітності, шийка матки розкрита повністю, рясні кров'яністі виділення. УЗД: порожнина матки розширена >15 мм; шийка матки розкрита; плід не візуалізується; визначаються тканини неоднорідної ехоструктури. Вагітна має групу крові В(III), Rh – негативна; група крові чоловіка не знає.

1. Діагноз?
2. Тактика ведення?
3. Треба проводити профілактику Rh імунізації?

ЗАДАЧА № 4, ВІДПОВІДЬ.

- 1.Діагноз: Пізній мимовільний неповний аборт в терміні 16 тижнів.
2. У разі неповного аборту обов'язково проводять звільнення матки від залишків 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. Обов'язкове застосування антибіотиків.
3. Резус – негативним жінкам проводиться введення анти-Rh₀ (Д) імуноглобуліну шляхом в/м введення 1 дози (300 мкг), після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після аборту);

Задача 5.

Вагітна 32 роки звернулась до жіночої консультації зі скаргами на біль, який має переймоподібний характер, більше не турбує; рясні кров'яністі виділення зі статевих шляхів стали незначними. Строк вагітності 12 тижнів. Під час огляду в дзеркалах:

визначається сформована шийка матки, закрите зовнішнє вічко; незначні кров'яністі виділення. Під час бімануального вагінального дослідження: щільна матка, розміри матки до 9 тижнів вагітності. Канал шийки матки закритий. УЗД: порожнина матки розширена <15 мм; цервікальний канал закритий; плодове яйце не візуалізується; залишки продукту запліднення в порожнині матки не візуалізуються

1. Діагноз?

2. Тактика ведення?

ЗАДАЧА №5, ВІДПОВІДЬ .

1. Діагноз: Мимовільний повний аборт в терміні 12 тижнів.

2. Тактика: 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.

Задача 6.

Вагітна 30 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами зникнення суб'єктивних ознак вагітності. Вагітність 6 тижнів. Під час огляду в дзеркалах: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите.

Під час бімануального вагінального дослідження: розміри матки до 5 тижнів вагітності, канал шийки матки закритий. УЗ ознаки: невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації, не візуалізується жовточний мішок, не візуалізується ембріон. Має групу крові АВ(IV), резус позитивну, чоловік – група крові А(II), резус позитивна.

1. Діагноз?

2. Тактика ведення?

3. Треба проводити профілактику Rh імунізації?

ЗАДАЧА №6, ВІДПОВІДЬ.

1. Діагноз: Вагітність 6 тижнів. Аборт, що не відбувся.

2. Терміново провести евакуацію ембріональних тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозним шляхами.

3. Профілактика Rh імунізації не проводиться.

Задача 7.

Вагітна, 30 років, вагітність I в терміні 35-36- тижнів. Головне передлежання плода. Скаржиться на підозру відходження навколоплідних 10 годин тому, пологова діяльність відсутня. Загальний стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0С, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Огляд в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води.

1.Діагноз?

2.Ведення вагітності ?

ЗАДАЧА №7, ВІДПОВІДЬ.

3. Вагітність I, 35-36 тижнів. Головне передлежання плода. Передчасний допологовий розрив плідних оболонок.

4. Ведення вагітності:

- очікувальна тактика;
- антибактеріальна терапія через 12 від початку відходження навколоплідних вод;
- профілактика дистрес- синдрому плода не проводять.

Задача 8.

Вагітна, 34 роки, вагітність III в терміні 22- тижні. Скаржиться на відходження навколоплідних, пологова діяльність відсутня. Стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0С, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Огляд в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води.

1.Діагноз?

2.Ведення вагітності ?

ЗАДАЧА №8, ВІДПОВІДЬ:

1.Діагноз: Вагітність III, 22 тижнів. Передчасний допологовий розрив плідних оболонок .

2. Ведення вагітності:

- спостереження за станом матері та плода без внутрішнього акушерського дослідження в умовах акушерського стаціонару III-го рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія;

- профілактику дистрес-синдрому плода не проводять.

Задача 9.

В Перинатальний центр звернулася жінка, 34 роки, I пологи, 34-35 тиждень вагітності, зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота та крижах з появою водянистих виділень з піхви. Перейми за 10 хв. дві, тривають 30-35 сек. Пологову діяльність протягом останніх 4 год.; 6 год. тому відійшли навколоплідні води (світлі). Стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0С, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Під час огляду в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води. Під час бімануального дослідження: шийка матки згладжена, м'яка, розкрита на 6 см, довжина шийки матки < 1см, голівка плода великим сегментом во вході в малий таз.

- 1.Діагноз?
- 2.Ведення вагітності?
- 3.Який догляд треба забезпечити новонародженому?

ЗАДАЧА № 9, ВІДПОВІДЬ.

1.Діагноз: Вагітність I, 34-35 тиждень. Головне передлежання. I період пологів (активна фаза пологів). Передчасний допологовий розрив плідних оболонок.

2. Ведення вагітності:

- пологи ведуть як передчасні;
- токоліз протипоказаний, оскільки розкриття отвору шийки матки 6 см- активна фаза пологів;
- антибіотики з моменту госпіталізації для профілактики інфікування бета - гемолітичним стрептококом;
- профілактику дистрес-плода не проводять;
- магnezіальну терапію з метою нейропротекції плода не проводять.

3.Для дітей, народжених після 28 -29 тижнів вагітності прогнози на повне одужання зростають. Дітям, народженим у термін гестації понад 34 тижні, які після народження кричить або адекватно дихають, виявляють задовільну рухову активність і не мають дихальних розладів, забезпечують стандартний догляд згідно з вимогами Наказу МОЗ України №152. У разі виявлення у такої дитини центрального ціанозу вільний потік кисню можна забезпечити, не порушуючи контакту з матір'ю «шкіри до шкіри», за умови належного спостереження.

Задача 10.

В акушерський стаціонар II рівня звернулася жінка, 34 років, III вагітність, в 28-29 тижнів. Народила 2-х дітей (вагою 3500,0 та 3700,0). Скоротлива активність матки: 3-4 перейми за 10 хвилин на протязі 6 годин. Навколоплідні води відійшли 7 години тому (світлі). Стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0С, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Під час огляду в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води. Під час бімануального огляду: шийка матки згладжена, м'яка, розкрита на 6 см, довжина шийки матки < 1см, голівка плода великим сегментом во вході в малий таз. Найближчий акушерський стаціонар III рівня за 100 км. У лікувальному закладі, у який звернулася вагітна, лише звичайна машина швидкої допомоги.

1.Діагноз?

2.Чи необхідно транспортувати вагітну в Перинатальний центр?

3.Ведення вагітності?

ЗАДАЧА №10,ВІДПОВІДЬ.

1. Діагноз: Вагітність III, пологи III, 28-29 тижнів. I період пологів (активна фаза пологів). Передчасний допологовий розрив плідних оболонок.

2. Транспортувати вагітну в заклад охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги(Перинатальний центр) не треба, оскільки закінчується I період пологів, немає досвідченого супровідного персоналу та спеціалізованої машини. Велика вірогідність пологів у машині. Необхідно викликати неонатологів з Перинатального центру. Малюки, які з'явилися на світ в 28- 29 тижнів вагітності, мають нерозкриті легені, тому потребують додаткового кисню, спеціальних препаратів та апаратів штучної вентиляції. Новонародженому сурфоктант після народження вводять у термін 28-30 тижнів, якщо він потребує інтубації трахеї або матір не отримала повного курсу кортикостероїдної профілактики. Другу, а інколи третю дозу сурфактанта вводять, якщо дитина потребує високих концентрацій кисню (>40%) або ШВЛ. Сурфактант вводять як найшвидше, не пізніше через 30 хв. після народження дитини (Куросурф , Інфасурф, Лімітед).

3.Ведення вагітності:

- токоліз протипоказаний, оскільки розкриття отвору шийки матки 7см, активна фаза пологів;
- профілактика дистрес-синдрому плода повинна бути почата, але схема не буде закінчена;
- антибіотики з моменту госпіталізації для профілактики інфікування бета - гемолітичним стрептококом.

Задача 11.

В акушерський стаціонар звернулася жінка, 22 роки, I вагітність, 28 тижнів. Пологової діяльності немає, 3 год. тому відійшли навколоплідні води (світлі). Стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0C, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Огляд в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води.

1.Діагноз?

2.Ведення вагітності?

ЗАДАЧА № 11, ВІДПОВІДЬ.

1. Діагноз: Вагітність I, 28 тижнів. Головне передлежання. Передчасний допологовий розрив плідних оболонок.

2. Ведення вагітності.

- спостереження за станом матері та плода без внутрішнього акушерського дослідження в умовах акушерського стаціонару III-го рівня надання медичної допомоги;
- антибактеріальна терапія через 12 годин від моменту відходження навколоплідних вод;
- профілактика респіраторного дистрес- синдрому плода проводиться внутрішньо м'язовим введенням дексаметазону по 6 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг) або бетаметазону по 12 мг кожні 12 годин (на курс 24 мг).

Задача 12.

В акушерський стаціонар звернулася жінка, 34 роки, III вагітність, 35-36 тижнів, пологової діяльності немає, 3 год. тому відійшли навколоплідні води (світлі). Стан вагітної задовільний. Температура тіла 36,6 0C, пульс – за 1 хв., АТ 120/70 мм рт. ст., лейкограма відповідає нормі, аналіз сечі у межах норми. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Серцебиття плода – 156 за хв. Огляд в дзеркалах: відходять світлі навколоплідні води.

1.Діагноз?

2.Ведення вагітності?

ЗАДАЧА № 12, ВІДПОВІДЬ.

1.Діагноз: Вагітність III, 35-36тижнів. Головне передлежання. Передчасний допологовий розрив плідних оболонок.

2. Ведення вагітності:

- у разі задовільного стану матері та плода і відсутності показань до оперативного розродження спостереження без внутрішнього акушерського дослідження у закладах охорони здоров'я II - III рівня надання медичної допомоги.;
- антибактеріальна терапія через 12 годин від моменту відходження навколоплідних вод;
- за умови відсутності розвитку спонтанної пологової діяльності через 24 години здійснюють внутрішнє акушерське дослідження;
- за незрілої шийки матки проводять підготовку до пологів інтравагінальним введенням простагландину E2;
- за зрілої шийки матки індукція пологової діяльності починається зранку розчином окситоцина.

Використана література:

1. Навчальний посібник з акушерства /за редакцією д. м. н. , Венцківської І. Б., д. м. н. , професора Лакатош В.П., к. м. н. доцента Куща В.М.-К.,2018.- РА-ГАРМОНІЯ.- С.101-112.
2. Акушерство: підручник / за редакцією проф. Венцківський Б.М., проф. Степанківської Г.К., проф. Яроцького М.Є. – К.:ВСВ «Медицина», 2012.-С. 304-311.
3. Акушерство для позааудиторного вивчення / за редакцією Сенчука С.М.- Ніжин: ТОВ «Гідромакс», 2009.-152с.
4. Акушерство та гінекологія: у 4т.:національний підручник / кол. авт.; за ред. проф. В.М. Запорожана.- Т.1: Акушерство – К.: ВСВ «Медицина», 2013.- С. 343-344.
5. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Передчасний розрив плідних оболонок», 2023 рік.
6. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004р. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Передчасні пологи».
7. Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2003р. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Невиношування».