



Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця
Кафедра акушерства і гінекології №1

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК з акушерства

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Кафедра акушерства і гінекології №1

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК З АКУШЕРСТВА

для студентів і викладачів
медичних університетів
III та IV рівнів акредитації

Київ
2018

- Навчальний посібник адаптовано згідно рекомендацій:
- 1) медичної школи США («Current diagnosis and treatment. Obstetrics and gynecology» — eleventh edition. — 2012. Author — Alan H. de Cherny et al.)
 - 2) невідкладні стани в акушерстві — згідно рекомендацій асоціації акушерів-гінекологів Канади («Програма по зниженню материнської та неонатальної смертності та захворюваності — ALARM») (Ottawa, Ontario, Kis.5R7 — 2004)
 - 3) Підручник з акушерства — Київ, вид. «Медицина» — 2012 р.

За редакцією д.м.н., професора І.Б. Венцківської, д.м.н., професора В.П. Лакатоша, к.м.н., доцента Куща В.М.

Авторський колектив: Венцківський Б.М., Венцківська І.Б., Лакатош В.П., Товстановська В.О., Авраменко С.О., Вітовський Я.М., Гордєєва Г.Д., Гужевська І.В., Жегулович В.Г., Загородня О.С., Казак А.В., Костенко О.Ю., Куш В.М., Леуш С.С., Слободяник О.Я., Ткаліч В.О., Антонюк М.І., Аксьонова А.В., Біла В.В., Бурка О.А., Бондаренко Н.П., Дубчак В.Є., Жабіцька Л.А., Наритник Т.Т., Осадчук С.В., Поладич І.В., Прилуцька А.Б., Прощенко О.М.

Навчальний посібник з акушерства — К., 2018. — РА-ГАРМОНІЯ — 210 с.

В посібнику використано рекомендації фахових товариств світу, а також дані Кохрейновської бібліотеки. Описано навчальні матеріали модуля 2 «Фізіологічний та патологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду». Посібник призначено для студентів та викладачів медичних університетів III та IV рівнів акредитації.

Пологові шляхи жінки. Плід як об'єкт пологів. Діагностика ранніх термінів вагітності. Зміни в організмі жінки під час вагітності. Діагностика вагітності на пізніх термінах.	4
Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання. Клінічний перебіг I, II, III-го періодів пологів, післяпологовий період	23
Аномалії розвитку плідного яйця. Міхуровий замет	35
Багатоплідна вагітність	45
Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.	59
Плацентарна дисфункція. Затримка розвитку плода. Дистрес плода. Асфіксія новонародженого	74
Невиношування вагітності. Самовільний аборт. Передчасні пологи	101
Вузький таз	112
Аномалії передлежання плода	118
Кровотечі під час вагітності, в пологах та в післяпологовому періоді. Інтенсивна терапія при акушерських кровотечах	135
Аномалії скоротливої діяльності матки	152
Ведення вагітності у жінок з імунними конфліктами	161
Оперативне акушерство (вакуум-екстрауція плода, акушерські щипці, плодоруйнівні операції). Кесарів розтин. Пологовий травматизм..	166
Пологовий травматизм	181
Післяпологові інфекційні захворювання	194

Пологові шляхи жінки

Плід як об'єкт пологів

Діагностика ранніх термінів вагітності

Зміни в організмі жінки під час вагітності

Діагностика вагітності на пізніх термінах

ОЗНАКИ ЗРІЛОСТІ ПЛОДА



Це новонароджений, який має зріст 47 см і більше та / або масу 2500 г і більше. Основні критерії зрілості відносяться лише до новонароджених від одноплідних пологів

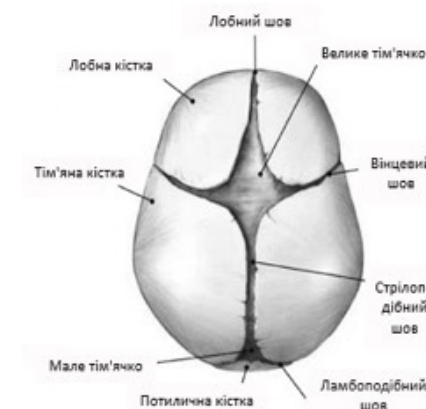
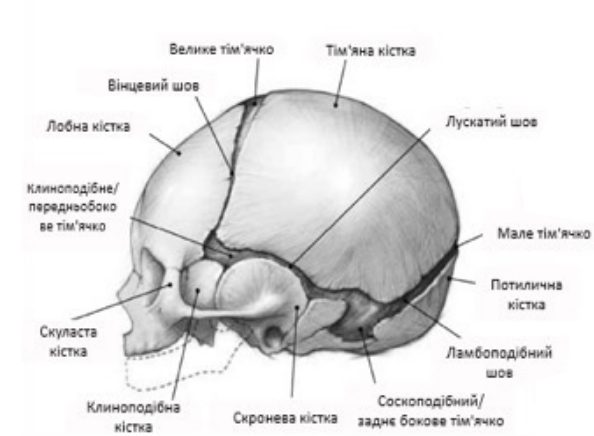
Додаткові ознаки:

- розвинений підшкірний жировий шар;
- рожево-білий колір шкіри;
- пушок, збережений лише на плечовому поясі, верхніх відділах спини та плечах;
- складки, що займають усю підошву, досягають п'яти;
- яєчка, що розташовані нижче лінії зрощення; мошонка повністю вкрита складками;
- великі статеві губи прикривають клітор і малі статеві губи;
- нігті ледь виступають на кінчиках пальців;
- очі відкриті; наявна реакція на світло;
- місце відходження пуповини розташоване по середині між лоном та мечоподібним відростком або дещо нижче;
- фізіологічні рефлекси; розвинені рефлекси смоктання та ковтання;
- активні рухи кінцівок;
- голосний крик

Наказ МОЗ України від 29.03.2006 № 179

ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ: КІСТКИ, ШВИ, ТІМ'ЯЧКА

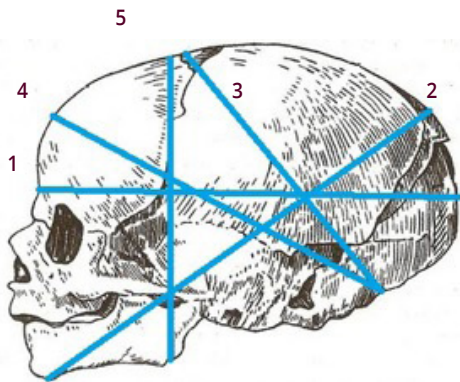
- Велике тім'ячко, розташовується між задніми частинами обох лобних та передніми частинами обох тім'яних кісток і являє собою сполучнотканинну пластинку ромбовидної форми.
- Мале тім'ячко має форму трикутника і знаходиться між задніми частинами обох тім'яних кісток та потиличної.
- Передньобічні тім'ячка знаходяться між лобною та скроневою і клиноподібною кістками
- Задньобічні тім'ячка — між скроневою, тім'яною та потиличною кістками



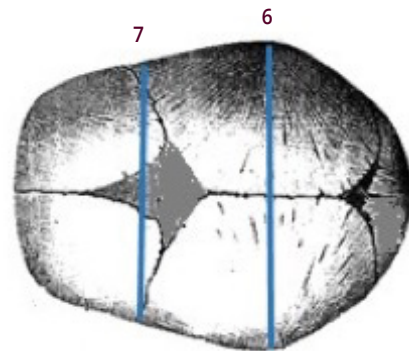
ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ

На голівці розрізняють розміри і відповідні їм окружності:

1. Прямий розмір d.frontooccipitalis від перенісся до найбільш виступаючої точки потилиці дорівнює 12 см; Відповідно, окружність голівки circumferencia frontooccipitalis дорівнює 34-35 см.
2. Великий косий розмір d.mentooccipitalis від підборіддя до найбільш віддаленої точки потилиці дорівнює 13-13,5 см. Відповідно йому окружність дорівнює 39-41 см.
3. Малий косий розмір d.subboccipito-bregmaticus від потиличної ямки до середини великого тім'ячка дорівнює 9,5 см. Відповідно, окружність дорівнює 32 см.
4. Середній косий розмір d. suboccipito-frontalis від потиличної ямки до межі волосистої частини лоба дорівнює 10 см. Відповідно, окружність дорівнює 33 см.
5. Вертикальний розмір d.sublingvabregmaticus від середини великого тім'ячка до під'язикової кістки дорівнює 9,5 см; окружність голівки при цьому дорівнює 32-33 см.
6. Великий поперечний розмір d.biparietalis між найбільш віддаленими точками тім'яних горбиків дорівнює 9,5 см.
7. Малий поперечний розмір d.bitemporalis між найбільш віддаленими точками вінцевого шва дорівнює 8 см.
8. Поперечник тазової ділянки d. introchanterica дорівнює 9-9,5 см. Відповідно, окружність дорівнює 28 см.
9. Поперечник плечового пояса d. biacromialis дорівнює 12 см. Окружність по цьому розміру 35 см.



Череп новонародженого (вид збоку)



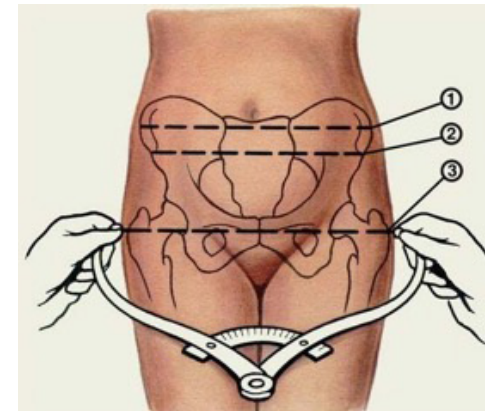
Череп новонародженого (вид зверху)

ЗОВНІШНІ РОЗМІРИ ТАЗУ

Чотири основні розміри таза:

Три поперечні:

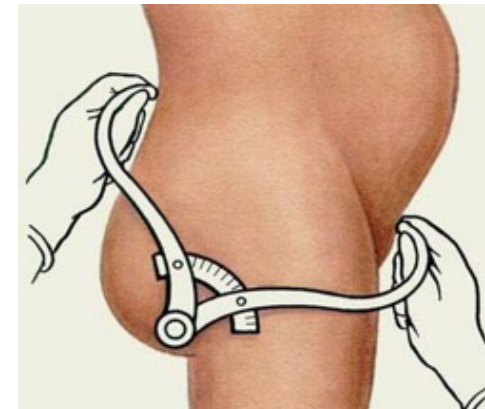
1. Dist. spinarum — відстань між передньо-верхніми вістями клубових кісток, дорівнює 25-26 см;
2. Dist. cristarum — відстань між найбільш віддаленими точками гребенями клубових кісток, 28-29 см.
3. Dist. trochanterica — відстань між великими вертлюгами стегнових кісток, 31-32 см.



Один прямий:

Con. externa (зовнішня кон'югата) — прямий розмір таза, дорівнює 20-21 см.

Жінку вкладають на бік, ногу, що лежить знизу, згинають у кульшовому і гомілковому суглобах, другу витягують. Кінець тазоміра ставлять на середину верхньо-зовнішнього краю симфізу, другий кінець притискають до надкрижової ямки, яка міститься між відростком п'ятого поперекового хребця і початком першого крижового хребця.

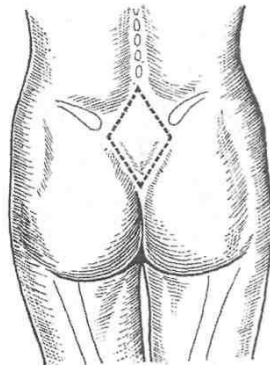


РОМБ МІХАЕЛІСА

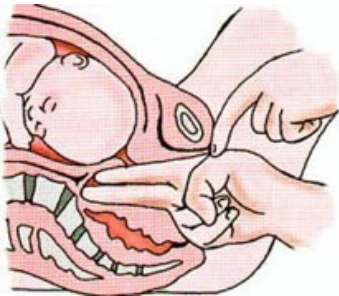
Попереково-крижовий ромб (ромб Міхаеліса) являє собою площину на задній поверхні крижів:

- верхній кут складає поглиблення між остюковим відростком п'ятого поперекового хребця і початком середньо-крижового гребеня;
- бокові кути відповідають задньо-верхнім вістям клубових кісток;
- нижній — вершині крижів;
- зверху і зовні ромб обмежується виступами великих спинних м'язів, знизу і зовні — виступами сідничних м'язів.

Сума поперечного (9 см) та повздовжнього (11 см) розмірів ромба Міхаеліса відповідає розмірові зовнішньої кон'югати.



ВИЗНАЧЕННЯ АКУШЕРСЬКОЇ, ІСТИННОЇ КОН'ЮГАНТИ

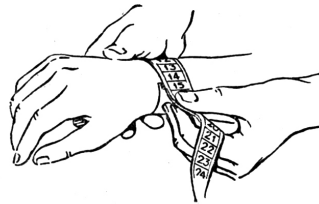


- **Діагональна кон'югата** — відстань від нижнього краю симфізу до найбільш виступаючої точки мису крижів.
- Введені в вагіну 2-й і 3-й пальці фіксують на верхівці мису, а ребро долоні спирається на нижній край симфізу. Не віднімаючи два пальці, руку, яка перебувала у вагіні, витягують і вимірюють тазоміром відстань від верхівки третього пальця до точки зіткнення ребра долоні з нижнім краєм симфізу.
- Діагональна кон'югата дорівнює в середньому 12,5 — 13 см. Виміряти діагональну кон'югату можна не завжди, оскільки при нормальних розмірах таза мис не досягається.

- Для виявлення істинної кон'югати з розміру діагональної кон'югати треба відняти 1,5 — 2 см (індекс Соловйова).

- За цим індексом судять про товщину кісток таза і визначають його після вимірювання сантиметровою стрічкою по окружності променево-зап'ясного суглоба: при окружності 15 см — 1,5, а при 16 см і більше індекс дорівнює 2 (для розрахунку по діагональній кон'югати).

- Для визначення істинної кон'югати з розміру зовнішньої кон'югати треба відняти індекс Соловйова, який дорівнює



«8» при окружності променево-зап'ясного суглоба < 14 см;

«9», при окружності променево-зап'ясного суглоба 14-16 см;

«10», при окружності променево-зап'ясного суглоба > 16 см. Наприклад: 20 - 9 = 11 см.

ПЛОЩИНИ МАЛОГО ТАЗУ (1)

1. Площина входу в малий таз обмежена ззаду мисом крижів, спереду — гребінцями та лобковим симфізом, з боків — дугоподібними лініями клубових кісток. Розрізняють чотири розміри:

а) Прямий розмір, *conjugata vera* — відстань від мису крижанів до найбільш виступаючої точки внутрішньої поверхні лобкового симфізу, дорівнює 11 см.

б) Поперечний розмір — відстань між найвіддаленішими точками дугоподібних ліній клубових кісток; 13 см.

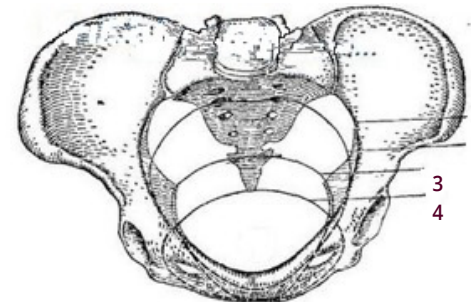
в) Косий розмір (лівий і правий) — відстань зліва від крижово-клубового суглоба (*articulatio sacroiliaca*) до лобка справа (або навпаки); 12 см.

2. Площина широкої частини порожнини малого таза обмежена ззаду з'єднанням II і III крижових хребців, з боків — серединою кульшових западин, спереду — серединою внутрішньої поверхні лобкового симфізу. У площині широкої частини малого таза розрізняють два розміри — прямий і поперечний.

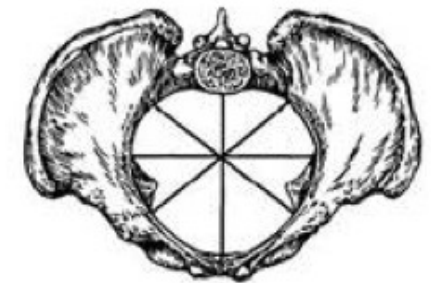
- Прямий розмір — від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні лобкового симфізу; дорівнює 12,5 см.
- Поперечний розмір — між серединами кульшових западин; дорівнює 12,5 см.

3. Площина вузької частини малого таза обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду — крижово-куприковим з'єднанням, з боків — остями сідничних кісток

4. Площина виходу з малого таза обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду — крижово-куприковим з'єднанням, з боків — остями сідничних кісток.

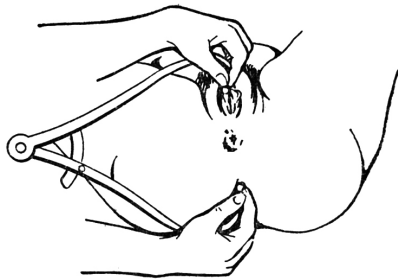


Площини малого таза



Площина входу в малий таз

ПЛОЩИНИ МАЛОГО ТАЗУ (2)



А. Вимірювання прямого розміру виходу з тазу

1. Площина вузької частини малого тазу обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду — крижово-куприковим з'єднанням, з боків — остями сідничних кісток. Розрізняють два розміри площини вузької частини малого тазу: прямий і поперечний.

- Прямий розмір — від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.
- Поперечний розмір — між внутрішніми поверхнями остей сідничних кісток; дорівнює 10,5 см.



Б. Вимірювання поперечного розміру виходу з тазу, тазомером, або сантиметровою стрічкою

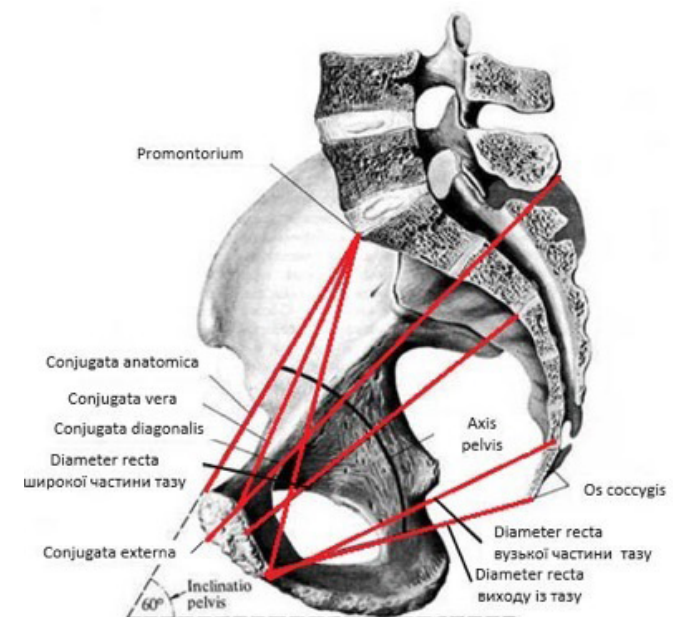
2. Площина виходу з малого тазу обмежена спереду нижнім краєм лобкового симфізу, ззаду — верхівкою куприка, з боків — внутрішніми поверхнями сідничних бугрів. Розміри площини виходу з малого тазу: прямий і поперечний.

- Розміри виходу тазу вимірюють у жінки, яка лежить на спині, ноги, зігнуті у кульшових і колінних суглобах, розведені в сторони і підтягнуті до живота.
- А. Прямий розмір — це відстань від середини нижнього краю лобкового симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5-2 см назад і прямий розмір збільшується до 11,5 см).

Б. Поперечний розмір — відстань між внутрішніми поверхнями верхівок сідничних бугрів, дорівнює 9-9,5 см. Вимірювання виконують сантиметровою стрічкою. До одержаного розміру треба додати 1,5 см, враховуючи товщину м'яких тканин, таким чином він дорівнює 11 см,

ПРЯМІ РОЗМІРИ ПЛОЩИНИ МАЛОГО ТАЗУ

- *Conjugata vera*, прямий розмір площини входу в малий таз — відстань від мису крижанів до найбільш виступаючої точки внутрішньої поверхні лобкового симфізу, дорівнює 11 см
- Прямий розмір широкої частини тазу — від проекції з'єднання II і III крижових хребців до середини внутрішньої поверхні лобкового симфізу; дорівнює 12,5 см
- Прямий розмір вузької частини — від крижово-куприкового з'єднання до середини нижнього краю лобкового симфізу; дорівнює 11 см.
- Прямий розмір площини виходу з тазу — це відстань від середини нижнього краю лобкового симфізу до верхівки куприка; дорівнює 9,5 см (під час пологів, коли народжується голівка, куприк відхиляється на 1,5-2 см назад і прямий розмір збільшується до 11,5 см)
- Лінія, що проходить посередині всіх прямих розмірів тазу, називається провідною віссю його (*Axis pelvis*)
- Лобковий кут дорівнює 90-100°, кут нахилу — 55-60°. Висота симфізу вимірюється при вагінальному обстеженні і дорівнює 3,5-4 см.



М'ЯЗИ ТАЗОВОГО ДНА

Поверхневий (зовнішній) шар складають такі м'язи:

- сіднично-печеристий (m.ischio-cavernosus) — починається від сідничного бугра і вплітається в тканини клітора;
- цибулиногубчастий (m.bulbocavernosus) — починається від сухожильного центру промежини і прикріплюється до стінок піхви;
- зовнішній м'яз, що стискає задній прохід (m.sphincter ani externus) - починається в ділянці верхівки куприка, охоплює задньопрохідний отвір і вплітається в сухожильний центр промежини;
- поверхневий поперечний м'яз промежини (m.transversus perinei superficialis) - починається від сідничного бугра і закінчується у сухожильному центрі промежини

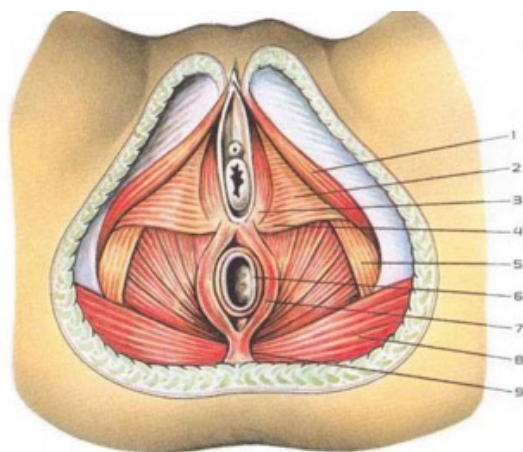
Середній шар м'язів тазового дна складається з

- сечостатевої діафрагми, яка у вигляді трикутника розташована між лобковим зчленуванням, лобковими і сідничними кістками. Вона утворена м'язом, що стискає сечовивідний канал (m.sphincter urethrae internum) і глибоким поперечним м'язом промежини (m.transversus perinei profundus).

Внутрішній шар м'язів тазового дна називається діафрагмою таза. Це міцний парний м'яз, що піднімає задній прохід (m. levator ani), який складається з м'язових пучків:

- лобковокуприкового (m.pubococcygeus) та
- клубовокуприкового (m.ilioococcygeus).

Куприковий м'яз (m.ischiococcygeus) є рудиментарним, починається від сідничних остей і прикріплюється до нижніх хребців крижової кістки та куприка.



- М'язи жіночої промежини**
- 1 — сіднично-печеристий м'яз;
 - 2 — сечово-статева діафрагма;
 - 3 — цибулино-губчастий м'яз;
 - 4 — поверхневий поперечний м'яз промежини;
 - 5 — внутрішній затульний м'яз;
 - 6 — пряма кишка;
 - 7 — зовнішній сфінктер заднього проходу;
 - 8 — великий сідничний м'яз;
 - 9 — задньопрохідно-куприкова зв'язка

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У РАННІ СТРОКИ

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

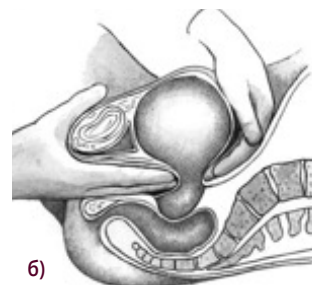
2. Імовірні ознаки — це об'єктивні ознаки, які визначаються з боку статевих органів, молочних залоз, а також за допомогою імунологічних реакцій на вагітність.

ОЗНАКИ, ЯКІ СВДЧАТЬ ПРО ЗМІНИ ФОРМИ І КОНСИСТЕНЦІЇ МАТКИ У ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ



а)

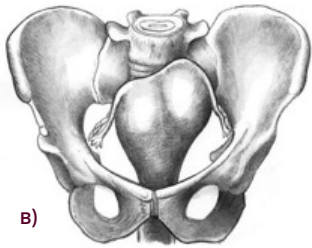
Ознака Гентера (а): при вагінальному дослідженні у ранні строки вагітності на передній поверхні матки, точно по середній лінії її, знаходять гребенястий виступ, який не поширюється ні на дно, ні на задню поверхню матки, ні на шийку.



б)

Ознака Горвица-Гегара (б): при вагінальному дослідженні виявляється розм'якшення в ділянці перешийка, внаслідок чого тут легко сходяться пальці внутрішньої і зовнішньої руки. Шийка відчувається як більш щільне тіло.

ОЗНАКИ, ЯКІ СВІДЧАТЬ ПРО ЗМІНИ ФОРМИ І КОНСИСТЕНЦІЇ МАТКИ У ЗВ'ЯЗКУ З ВАГІТНІСТЮ



Ознака Піскачека (в): при вагінальному дослідженні контури дна матки і області її кутів виявляються неправильними: той кут, який відповідає місцю імплантації яйця, виступає значно більше за протилежний. Вся матка виявляється несиметричною.

Ознака Снегірьова: при вагінальному дослідженні вагітної матки вона внаслідок механічного подразнення починає під пальцями скорочуватися і стає більш щільною.



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:

- ворушіння 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.



ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ВАГІТНОЇ

Серцево-судинна система

За нормальної вагітності у серцево-судинній системі жінки відбуваються наступні зміни:

1. Зниження переносимості фізичних навантажень; збільшення кровопостачання яремних вен; набряку периферичних тканин; систолічний шум (96%) та систолічний ритм «галопа» (90%).
2. Зміна центральної гемодинаміки: збільшення об'єму циркулюючої крові на 40%, до 24 тижнів вагітності відбувається збільшення серцевого викидня на 40%, частота серцевих скорочень зростає на 15%.
3. Завдяки судинорозширювальному ефекту прогестерону АТ декілька знижується та залишається таким до 24 тижня вагітності, системне судинний опір знижується на 21%, опір легеневих судин знижується на 35%, систолічний АТ знижується на 5-10 мм рт ст, діастолічний АТ на 10-15 мм рт ст
4. На ЕКГ зміщення електричної осі серця вліво.

Дихальна система

1. У 65% жінок з'являється задишка
2. Виникає набряк носу та його закладення, носові кровотечі
3. Купол діафрагми піднімається на 4 см, розширюється нижня апертура грудної клітки та збільшується її окружність
4. Зміни легеневої функції:

Загальна ємкість легень	Підвищується на 5%
Обсяг вдиху	Підвищується на 40 %
Залишковий обсяг	Підвищується на 20 %
Хвилинна вентиляція	Підвищується на 40 %

5. Гази артеріальної крові:

	pH	PaO ₂	PaCO ₂
Невагітні жінки	7,4	93-100	35-40
Вагітні	7,4	100-105	28-30

Шлунково-кишковий тракт

1. Нудота з ранку спостерігається майже у 70% вагітних, досягаючи максимальної частоти у терміні 8-10 тижнів, однією з можливих причин є підвищення ХГЛ
2. Гінгівіт
3. Виразкова хвороба шлунку: при вагітності вірогідність її виникнення знижується, що можливо пов'язано з посиленням секреції муцину слизовою оболонкою шлунку та зниженням секреції соляної кислоти
4. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба: ризик підвищується, що обумовлено гіпотонією стравоходу та зниженням тону шлунково-кишкового сфінктеру
5. Закрепи (30%): виникають в наслідок зниження перистальтики кишечника, крім того, причиною закрепів може бути розширення гемороїдальних вен, що пов'язано з підвищенням центрального венозного тиску
6. Утворення жовчних каменів: ризик підвищується, що пов'язано з погіршенням евакуації жовчі з жовчного міхура та із збільшенням місту холестерину в жовчі
7. Печінка: розміри печінки не змінюються, вміст лужної фосфатази підвищується в зв'язку з утворенням додаткової кількості цього ферменту в плаценті, внаслідок гемодилуція рівня альбуміну знижується на 25%.

Нирки

1. Розміри нирок збільшуються на 1 см; виникає розширення чашечно-мискової системи — на 15 см у правій нирці та на 5 мм у лівій; діаметр сечоводів збільшується на 2 см (справа більш виражено за рахунок механічного тиску, що чиниться збільшеною маткою)
2. Пієлонефрит, ризик підвищується
3. Фільтраційна здібність нирок до 16 тижнів вагітності нирковий кровоток підвищується на 75%, клубочкова фільтрація підвищується до 50% вже до 12 тижнів вагітності; кліренс креатиніну підвищується на 40%; екскреція глюкози підвищується (1-10 г/добу); фільтрація білків не змінюється.

Система крові

1. До 30-34 тижнів відбувається підвищення обсягу плазми крові на 50%
2. В той же самий час кількість еритроцитів збільшується на 18-30%
3. Внаслідок цього виникає гемодилуція, яка призводить до зниження гематокриту, що спостерігається при нормальному перебігу вагітності; до 12 тижнів вагітності рівень гемоглобіну складає у середньому 122 г/л, к 28 тижнів — 118 г/л, к 40 тижням — 129 г/л
4. Протягом вагітності в периферичній крові відмічається прогресуюче збільшення кількості лейкоцитів, в 1 триместрі кількість лейкоцитів складає 3000-15 000/мм³, в 2 та 3 триместрах 6000-16000/мм³, в пологах кількість лейкоцитів може досягати 20 000-30 000/мм³.

5. В міру прогресування вагітності має місце поступове зниження рівня тромбоцитів, проте у здорових вагітних кількість тромбоцитів повинна бути в межах нормальних (як для невагітних) значень
6. Для вагітних характерно стан гіперкоагуляції, протягом всієї вагітності відмічається постійне прогресуюче збільшення рівня фібрिनотену (І фактор) та факторів VII-X

Ендокринна система

1. Розміри щитоподібної залози при вагітності збільшуються, однак функція її при нормальному перебігу вагітності повинна бути еутіреодною; в наслідок викликаного естрогенами посиленої продукції тироксин - зв'язуючого глобуліну відбувається підвищення рівня загального Т₃ та Т₄; рівень вільного Т₄ залишається в межах норми; материнські ТТГ, Т₃ та Т₄ не проникають через плаценту, однак тирестимулюючі глобуліни легко проходять фетоплацентарний бар'єр.
2. Наднирники: посилюються продукція кортизолу та знижується утворення ДЕАС
3. Вагітність є діабетогенним станом: у вагітних відмічається підвищення інсулінрезистентності (чутливість к інсуліну знижується на 50-80%), знижується споживання глюкози периферійними тканинами, зниження натщесерце рівня глюкози в крові; в наслідок дії плацентарного лактогену відбувається посилення ліполізу.

ДІАГНОСТИКА ВАГІТНОСТІ У ПІЗНІ СТРОКИ

Методи зовнішнього акушерського дослідження (прийоми Леопольда)

ПЕРШИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ

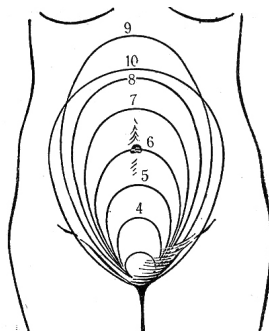
Мета — визначити висоту стояння дна матки, за якою судять про строк вагітності, і частину плода, розміщену в дні матки. Для цього лікар стає праворуч від вагітної, обличчям до неї, долоні обох рук кладе на дно матки, пальці рук зближуються, обережно надавлюючи вниз сидничний кінець плода — більший, але 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) — 12 тиж.



- 12 см (на середині відстані між пупком і лоном) — 16 тижнів;
- 16 см (на 2 поперечних пальці нижче пупка) — 20 тижнів;
- 20 см (на рівні пупка) — 24 тижні;
- 24 см (на 2-2,5 поперечних пальці вище пупка) — 8 тижнів;
- 28 см (на середині між пупком і мечоподібним відростком) — 32 тижнів;
- 32 см (на рівні реберної дуги) — 36см;
- 32-34 см (на середині між пупком і мечоподібним відростком) — 40 тижнів.



ДРУГИЙ ПРИЙОМ ЗОВНІШНЬОГО АКУШЕРСЬКОГО ОБСТЕЖЕННЯ (ПРИЙОМ ЛЕОПОЛЬДА)



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 по-

ложення — 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 (ПРИЙОМ ЛЕОПОЛЬДА)



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 пологовыми шляхами.

Лікар стоїть обличчям до вагітної, одну руку кладе трохи вище за лобкове зрощення так, щоб I 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 (ПРИЙОМ ЛЕОПОЛЬДА)

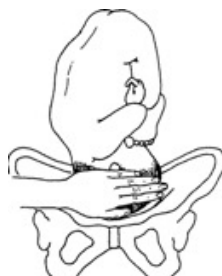


Мета — виявити рівень стояння прилеглої частини до входу в малий таз. Лікар стає справа, лицем до ніг вагітної. Долоні обох рук розміщені на нижньому сегменті матки справа і зліва, кінці пальців доходять до симфіза. Цей прийом дозволяє визначити чи перебуває голівка над входом в малий таз або пройшла 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.

Метод пальпації голівки плоду над симфізом і ширина пальців акушера

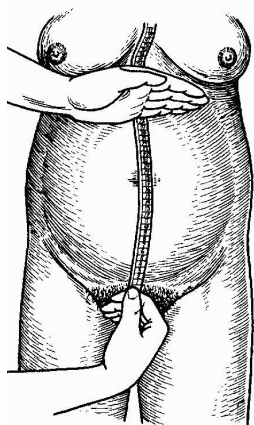


Для визначення відношення голівки плоду до площини входу в малий таз за допомогою зовнішнього акушерського дослідження використовується метод пальпації голівки плоду над симфізом і ширина пальців акушера, кількість яких відповідає ступеню вставляння голівки плоду в малий таз (зображується знаком 0). Наприклад, 5/5 — ширина 5 пальців акушера встановлюють голівку плоду над симфізом — голівка плоду знаходиться над входом в малий таз, 4/5 — ширина 4 пальців акушера, голівка притиснута до входу в малий таз, 3/5 — ширина 3 пальців акушера, голівка малим сегментом у вході в малий таз, 2/5 — ширина 2 пальців акушера, голівка великим сегментом у вході в малий таз, 1/5 — ширина 1 пальця, голівка знаходиться в порожнині таза, 0/5 — на тазовому дні. Цей метод більш надійний, ніж внутрішнє акушерське дослідження у разі формування великого набряку предлеглої частини голівки плоду.

Відношення нижнього полюса голівки плоду до *lin. interspinalis* визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.

ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДБАЧУВАНОЇ МАСИ ПЛОДА

А. Висота стояння дна матки вимірюється сантиметровою стрічкою.



Положення вагітної: лежить на спині з витягнутими нижніми кінцівками. Вимірюють відстань від верхнього краю лобка до найбільш виступаючої точки дна матки. Наприкінці вагітності ця відстань дорівнює 34-32 см.

Б. Висота стояння дна матки вимірюється тазоміром.

Положення вагітної таке ж саме. Один гудзик тазоміра вміщують на верхній край лобка, другий - на дно матки. При одному й тому самому терміну вагітності ця віддаль дещо менша, ніж показник вимірювання сантиметровою стрічкою, оскільки вона вимірюється не по дузі, а по прямій лінії.

В. Окружність живота. Вимірюють сантиметровою стрічкою, що проходить спереду через пупок, ззаду



— через середину поперекової ділянки. Наприкінці вагітності окружність живота досягає 95-100 см.

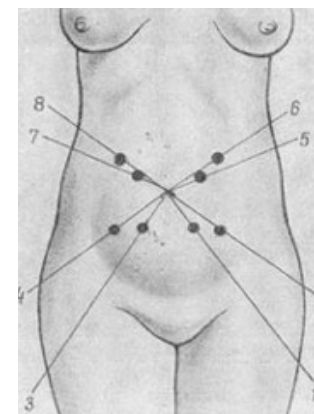
Г. Передбачувану масу плода вираховують на підставі розмірів окружності живота та висоти стояння дна матки за формулами:

Лебедева: $X = Ж \times С$;

ВИСЛУХОВУВАННЯ СЕРЦЕБИТТЯ ПЛОДА

МІСЦЯ ВИСЛУХОВУВАННЯ СЕРЦЕБИТТЯ ПЛОДА

- 1 — передній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 2 — задній вид, перша позиція, головне передлежання;
- 3 — передній вид, друга позиція, головне передлежання;



- 4 — задній вид, друга позиція, головне передлежання;
- 5 — передній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 6 — задній вид, перша позиція, тазове передлежання;
- 7 — передній вид, друга позиція, тазове передлежання;
- 8 — задній вид, друга позиція, тазове передлежання.

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ, ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ, ПРАВИЛО НЕГЕЛЕ:

Від дати першого календарного дня останньої менструації віднімають 3 календарних місяці і додають 7 днів.

Наприклад, почато останньої менструації 14.07.17., очікувальна дата пологів 21.04.2018.

1 акушерський місяць триває 28 днів, 4 тижні, тобто 40 тижнів вагітності — це 280 днів, якщо відраховувати її початок від першого дня останньої менструації.

ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПО ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГАМ

В Україні допологову відпустку надають з 30 тижня вагітності; у районах, які постраждали від аварії на ЧАЕС — з 28-го.

Листок непрацездатності по вагітності та пологам надають на термін 126 календарних днів з 30-го тижня вагітності (70 днів до пологів і 56 днів після пологів). У разі ускладнення пологів чи народження двох або більше дітей видають додатковий лікарняний лист на 14 днів.

У разі передчасних пологів, до 30 тижнів вагітності і народженням живої дитини, лікарняний листок видають на 140 днів, у разі смерті дитини під час пологів — на 70 календарних днів.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология, Г.К. Степанковская, Г.Д. Гордеева. — М.: Эксмо, 2008. — 400 с. — (Медицинский атлас).
2. Акушерство: підручник/ Б.М. Венцківський, І.Б. Венцківська, Д.О. Добрянський та ін.; за ред. Проф. Б.М. Венцківського, проф. Г.К. Степанківської, проф. М.Є. Яроцького. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 648 с. + 4с. кольор. вкл.
3. Наказ МОЗ України від 29.03.2006 № 179 «Порядок реєстрації живонароджених та мертвонароджених»
4. <https://almostadoctor.co.uk/about>
5. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
6. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
7. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Біомеханізм пологів при передньому і задньому видах потиличного передлежання Клінічний перебіг I, II, III-го періодів пологів, післяпологовий період

Біомеханізм пологів — це сукупність згинальних, поступальних, обертальних і розгинальних рухів, які здійснює плід, проходячи родовим каналом матері. Біомеханізм родів характеризується провідною точкою, точкою фіксації і превалюючим рухом, який виконує передлежача частина, вставляючись у площину малого таза.

Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання складається з 4 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

- згинання голівки
 - опускання її в площину входу до малого таза
- Це поворот голівки навколо своєї поперечної осі. Внаслідок згинання голівки, мале тім'ячко розміщується на нижньому полюсі передлеглої частини, наближаючись до провідної лінії таза, і стає «ведучою точкою». Внаслідок цього згинання голівки проходить через таз найменшою окружністю, яка проходить через малий косий розмір і дорівнює 32 см.

ДРУГИЙ МОМЕНТ

- внутрішній поворот голівки
- Він здійснюється при переході її з широкої у вузьку частину малого таза. Голівка поволі повертається навколо своєї осі так, що потилиця напрямлена до симфізу, і обличчя — до крижової кістки. При цьому стрілоподібний шов поступово змінює своє положення, переходячи з поперечного розміру у косий, потім з косого — у прямий розмір виходу тазу.
- Стрілоподібний шов при
- I позиції проходить через правий косий розмір
 - II — через лівий косий розмір тазу.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

- розгинання голівки в площині виходу. Стрілоподібний шов збігається з прямим розміром виходу тазу. Точка фіксації утворюється між серединою нижнього краю лобкового зчленування і підпотиличною ямкою. Навколо цієї точки здійснюється розгинання голівки, а клінічно це супроводжується народженням лоба, обличчя, підборіддя.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

- внутрішній поворот плечіків
- зовнішній поворот голівки.

Під час врізування та прорізування голівки тулуб просувається до малого тазу, причому поперечний розмір плечиків вступає в один з косих розмірів входу до малого тазу.

На тазовому дні плічка здійснюють внутрішній поворот, подібно до повороту голівки плода.

Закінчивши поворот, плічка встановлюється прямим розміром в прямому розмірі площини виходу тазу.

Цей поворот плечиків передається голівці, яка народилася, що відповідає четвертому моменту біомеханізму пологів.

Голівка при цьому обертається обличчям до стегна матері: при I позиції — до правого, при II — до лівого.

Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання складається з 5 моментів.

ПЕРШИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від переднього виду потиличного передлежання).

- Згинання голівки плода
- Опускання голівки плода

ДРУГИЙ МОМЕНТ

- Внутрішній поворот голівки плода: потилиця обертається не до симфізу, як при передньому виді потиличного передлежання, а до крижової кістки, обличчя обернене до симфізу.

Слідом за потилицею повертається назад спинка плода.

Таким чином, мале тім'ячко спрямоване в бік крижів, а велике — до симфізу.

Стрілоподібний шов через однойменний з позицією косий розмір переходить в прямий розмір виходу тазу.

ТРЕТІЙ МОМЕНТ

- додаткове згинання голівки плода

Вона фіксується у середині нижнього краю симфізу ділянкою переднього краю великого тім'ячка, утворюється перша точка фіксації, навколо якої завершується додаткове згинання, котре триває, доки не утвориться друга точка фіксації.

ЧЕТВЕРТИЙ МОМЕНТ

- розгинання голівки

Подальше прорізування голівки відбувається внаслідок утворення нової, другої точки фіксації між підпотиличною ямкою і верхівкою куприка.

Таким чином, голівка народжується лицем зпід симфізу, вона прорізується трохи більшим обводом, ніж обвід малого косоного розміру середнім косим розміром.

П'ЯТИЙ МОМЕНТ

(не відрізняється від четвертого моменту біомеханізму пологів при передньому виді потиличного передлежання)

Конфігурація голівки при задньому виді потиличного передлежання доліхоцефалічна.

Диференційні ознаки переднього та заднього видів потиличного передлежання

Ознака	Передній вид	Задній вид
Провідна точка	Мале тім'ячко	Середина між малим та великим тім'ячком
Лінія-орієнтир	Стріловидний шов	Стріловидний шов
Розмір вставлення голівки в малий таз	Малий косий, діаметр – 9,5см, окружність – 32см	Середній косий, діаметр – 10см, окружність – 33см
Моменти механізму пологів	I – згинання голівки II – внутрішній поворот головки потилицею допереду III – розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки	I – неповне згинання голівки II – внутрішній поворот головки потилицею дозад III – додаткове згинання голівки III – розгинання голівки IV – внутрішній поворот плечиків, зовнішній поворот голівки
Точка фіксації	1-Підпотилична ямка, лобкова дуга	Межа волосистої частини голови, лобкова дуга Підпотилична ямка, крижово-куприковий суглоб

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ І, ІІ, ІІІ-ГО ПЕРІОДІВ ПОЛОГІВ

Діагностика періодів та фаз пологів

Симптоми і ознаки	Період	Фаза
Шийка не розкрита	Хибні пологи /відсутність пологової діяльності/	—
Шийка розкрита менше, ніж на 3 см	I	Латентна
Шийка розкрита на 3–9 см. Швидкість розкриття шийки матки не менше (або більше) — 1 см/год. Початок опускання голівки плода	I	Активна
Повне розкриття шийки матки (10 см). Голівка плода у порожнині тазу. Немає позивів до потуг	II	Рання
Повне розкриття шийки (10 см). Передлегла частина плода досягає дна тазу. Роділля починає тужитись	II	Пізня (потужна)
Третій період пологів починається з моменту народження дитини і закінчується вигнанням посліду	III	

Оцінка ступеня «зрілості» шийки матки за шкалою Бішопа

Параметри	Бали		
	0	1	2
Положення шийки матки щодо провідної осі тазу	Зміщена до крижів	Між крижами і провідною віссю тазу	По вісі тазу
Довжина шийки матки (см)	≥ 2	1–2	1 ≤
Консистенція шийки матки	Щільна	Розм'якшена	м'яка
Відкриття зовнішнього вічка	Закритий	1	≥ 2
Місце знаходження передлеглої частини плода	Рухома над входом у малий таз	Притиснута до входу в малий таз	Притиснута або фіксована у вході у малий таз

Примітка:

0–2 бали — «шийка не зріла»

3–5 балів — «шийка недостатньо зріла»

≥ 6 балів — «шийка зріла»

Перший період (період розкриття шийки) відліковують від початку регулярних перейм до повного розкриття шийки матки (10 см).

Перший період пологів поділяється на дві послідовні фази:

- *Латентна фаза* — проміжок часу від початку регулярної пологової діяльності до повного згладжування шийки матки з розкриттям до 3 см у перших пологах або до 4 см у всіх наступних. Звичайно на цю фазу припадає, відповідно, 6–8 годин (у першонароджуючих) та 4–5 годин (у повторнонароджуючих).
 - *Активна фаза* — розкриття шийки матки від 3–4 см включно до 10 см. Мінімальна швидкість розкриття шийки матки в активну фазу, що вважається нормою становить 1 см/год як у перших так і у наступних пологах. Зазвичай швидкість розкриття у жінок, що народжують вдруге чи втретє більше, ніж у таких, що народжують вперше.
- Активна фаза розділяється в свою чергу на три підфази:
- прискорення,
 - максимального підйому та
 - уповільнення.

Підфаза *прискорення* у першонароджуючих продовжується до 2 годин, у повторнонароджуючих до 1 години. Підфаза *максимального підйому* триває стільки ж годин відповідно. Підфаза *уповільнення* у першонароджуючих продовжується 1–2 години, у повторнонароджуючих 0,5–1 годину. Уповільнення в кінці I-го періоду пологів пояснюється сповзанням шийки матки з голівки плода, що просувається.

Згладжування і розкриття шийки матки у першо- і повторнороділь відбувається по-різному. У першороділь спочатку відбувається згладжування, а потім розкриття шийки матки, у повторнороділь ці процеси відбуваються одночасно.

Результати спостереження за прогресом пологів, станом матері та плода заносяться до ПАРТОГРАМИ.

Аускультация має проводитися кожні 30 хвилин протягом латентної фази та кожні 15 хвилин протягом активної фази першого періоду пологів.

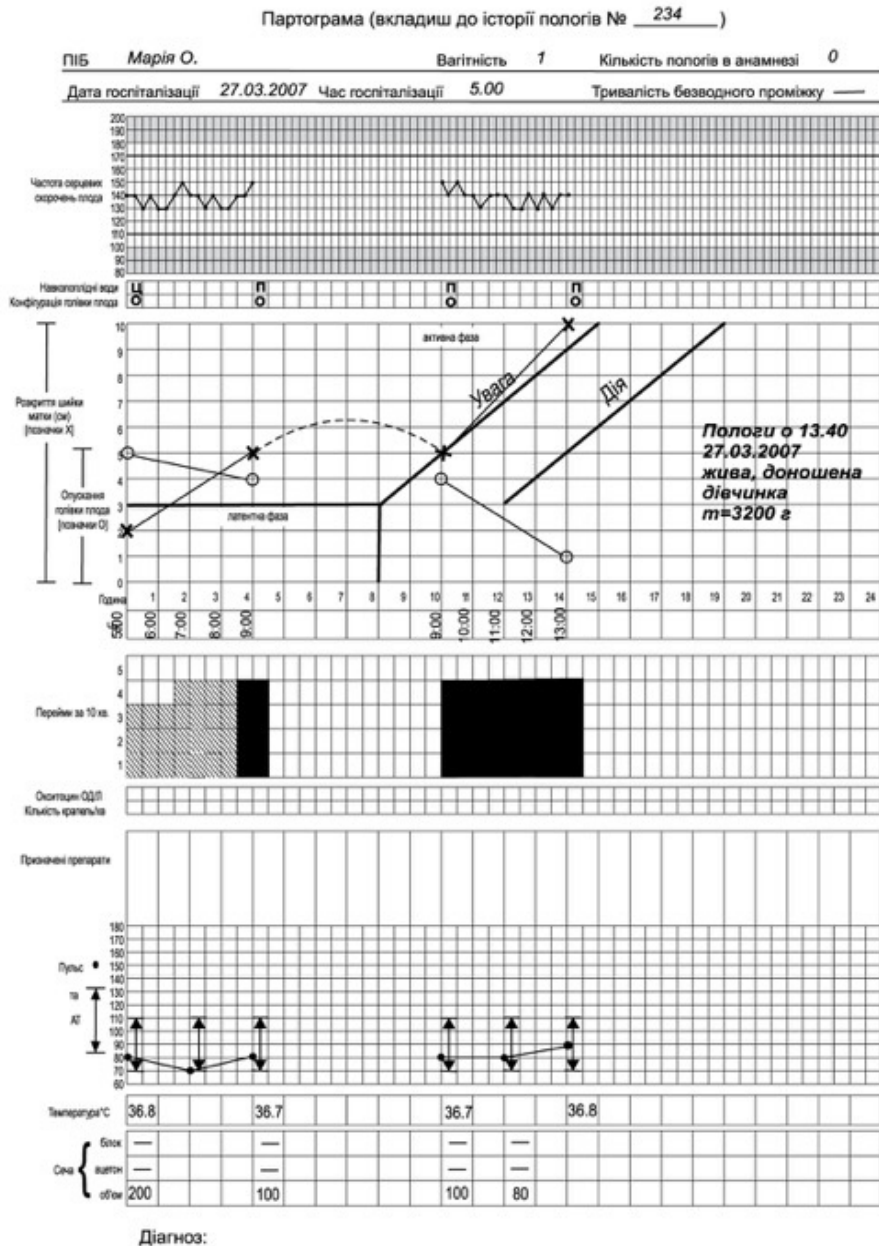
В нормі ЧСС плода знаходиться в межах 110–170 ударів за хвилину.

Вимірювання температури тіла — кожні 4 години; визначення параметрів пульсу — кожні 2 години; артеріального тиску — кожні 2 години; кількість сечі визначають кожні 4 години.

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ПОЛОГІВ

З метою оцінки прогресування пологів визначають:

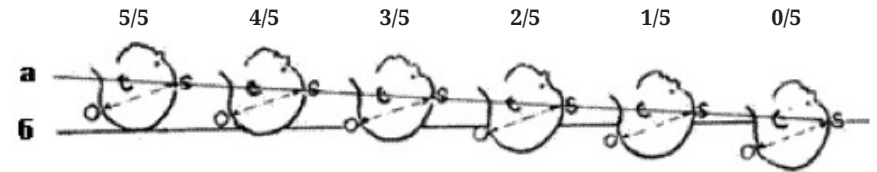
- швидкість розкриття шийки матки
- Швидкість розкриття шийки матки оцінюється шляхом внутрішнього акушерського дослідження, що його проводять кожні 4 години. Додаткове внутрішнє обстеження проводять за наявності показань:
 - спонтанний розрив плодових оболонок;
 - патологічна частота серцебиття плоду (менше 110 або більше 170 ударів за хвилину); випадіння пуповини;
 - у разі підозри на неправильне передлежання/ вставлення голівки плода; затримки прогресу пологів; кровотечі (огляд в умовах операційної).
- частоту та тривалість перейм
- наявність просування голівки плода у порожнину тазу



Визначення положення голівки плоду щодо міжостевій лінії:

- 3 — голівка над входом в малий таз;
- 2 — голівка притиснута до входу в малий таз; -1 — голівка малим сегментом в площині входу в малий таз;
- 0 — голівка великим сегментом в площині входу в малий таз;
- +1 — голівка великим сегментом в широкій частині малого тазу;
- +2 — голівка у вузькій частині малого тазу;
- +3 — голівка на тазовому дні;
- +4 — голівка вривається і прорізується

Для визначення відношення голівки плоду до площини входу в малий таз за допомогою зовнішнього акушерського дослідження використовується метод пальпації голівки плоду над симфізом і ширина пальців акушера, кіль-



кість яких відповідає ступеню вставляння голівки плоду в малий таз (зображається знаком O). Наприклад, 5/5 — ширина 5 пальців акушера встановлюють голівку плоду над симфізом — голівка плоду знаходиться над входом в малий таз, 4/5 — ширина 4 пальців акушера, голівка притиснута до входу в малий таз, 3/5 — ширина 3 пальців акушера, голівка малим сегментом у вході в малий таз, 2/5 — ширина 2 пальців акушера, голівка великим сегментом у вході в малий таз, 1/5 — ширина 1 пальця, голівка знаходиться в порожнині тазу, 0/5 — на тазовому дні. Цей метод більш надійний, ніж внутрішнє акушерське дослідження у разі формування великого набряку предлеглої частини голівки плоду. Відношення нижнього полюса голівки плоду до lin. interspinalis визначається у разі проведення внутрішнього акушерського дослідження.

II період (період вигнання) — від моменту повного розкриття шийки матки до народження дитини. Важливо відрізнити ранню фазу II періоду пологів (від повного розкриття до початку потуг) та активну фазу (фаза потуг)

II ПЕРІОД. ВАЖЛИВІ ПОНЯТТЯ: ПОЛОГІВ

- **потуги (натуги)** — ритмічне поєднання скорочення маткової мускулатури, черевного пресу, діафрагми та тазового дна;
- **вривання голівки** — поява голівки з вульварного кільця лише під час потуги;
- **прорізування голівки** — голівка зберігає положення у вульварному кільці після припинення потуги.

Максимально припустима тривалість II періоду у жінок, що народжують вперше та повторно, відповідно, 2 та 1 година.

Оцінка стану плода

Проводять контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультації кожні 5 хвилин у ранню фазу другого періоду, та після кожної потуги у активну фазу.

Оцінка загального стану роділлі

Вимірювання артеріального тиску, підрахунок пульсу — кожні 15 хвилин.

Оцінка прогресування пологів

Оцінюють просування голівки по родовому каналу та пологову діяльність (частота та тривалість маткових скорочень).

III ПЕРІОД ПОЛОГІВ (ПОСЛІДОВИЙ ПЕРІОД)

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів:

- Активна
- Очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці під час вагінальних пологів.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають:

- введення утеротоніків;
- народження посліду шляхом контрольованої тракції за пуповину з одночасною контртракцією на матку;
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду.

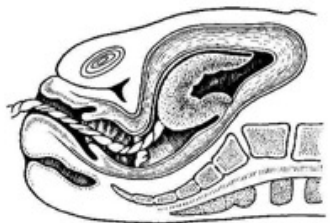
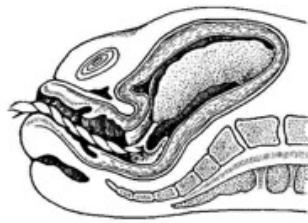
Відсутність одного з компонентів — виключає активне ведення III періоду пологів!!!

Очікувальне ведення третього періоду пологів.

Після закінчення пульсації пуповини, акушерка перетискає та перетинає пуповину. Проводять ретельний нагляд за загальним станом роділлі, ознаками відділення плаценти та кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відділення плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова), жінці пропонують «натужитись», що призведе до народження посліду.

За відсутності ознак відділення плаценти протягом 30 хвилин після народження плода проводять ручне відділення плаценти та виділення посліду. У разі виникнення кровотечі ручне відділення плаценти та видалення посліду проводять негайно під адекватним знеболенням.

Центральне відділення плаценти (варіант Шульце): ретроплацентарна гематома	Відділення плаценти з краю (варіант Дункана)
	

РАННІЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

- починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години.

В цей період роділля знаходиться у пологовому відділенні, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період слід розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем після великого навантаження під час вагітності та пологів.

ПІЗНІЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

- настає через 2 години після пологів
- триває впродовж 6–8 тижнів
- під час цього періоду відбувається зворотний розвиток всіх органів та систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами.

ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ЖІНКИ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Матка. Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединній відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. 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. Протягом 2–3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями. Регенерація ендометрію проходить протягом 3 тижнів, за виключенням плацентарної ділянки (6 тижнів).

Шийка матки. Через 10–12 годин після пологів канал шийки матки має лішкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2–3 пальці, а на 3 добу — один палець. На 8–10 день сформована, внутрішнє вічко закрите.

Яєчники. Характерним є ановуляторний цикл, на фоні якого відбувається перша менструація після пологів. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Завдяки виділенню великої кількості пролактину у жінок при грудному годуванні, менструації відсутні кілька місяців.

Вагіна. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5–7 діб. Статева щілина змикається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

Молочні залози. Естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи молочних, які нагрубають. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза — пролактином. До 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво. Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу — цукру і жиру. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, G, M, D, а також Т- і В-лімфоцити.

Молозиво проходить конверсію у зріле молоко протягом 5 днів. Головними компонентами молока є білки (альбуміни, глобуліни, казеїн), лактоза, вода, жир.

Післяпологовий догляд

Основні принципи догляду:

- Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини
- Підтримка раннього грудного вигодовування:
- Підтримка у матері відчуття впевненості в собі
- Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки

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.

Інтервали часу:

- 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.

10 КРОКІВ ТЕПЛОГО ЛАНЦЮЖКА

1. Тепла пологова кімната (операційна).

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 25 °C – 28 °C.

2. Негайне обсушування дитини.

Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними, сухими, попередньо підігріти-

ми пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.

3. Контакт «шкіра-до-шкіри».

Контакт «шкіра-до-шкіри» запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин.

3 метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5 °C–37,5 °C при вимірюванні в аксілярній ділянці.

4. Грудне вигодовування.

Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакті «шкіра-до-шкіри». Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.

5. Відкласти зважування та купання.

Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла, тому ці процедури треба відкласти. Кров та меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту «шкірадо-шкіри» перед переведенням в палату спільного перебування.

6. Правильно одягнути та загорнути дитину.

Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.

7. Цілодобове спільне перебування матері та дитини

За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.

8. Транспортування в теплих умовах.

Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення, (палату) медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесарського розтину, новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9. Реанімація в теплих умовах.

Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник/ Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська, Д. О. Добрянський та ін.; за ред. Проф. Б. М. Венцківського, проф. Г. К. Степанківської, проф. М. Є. Яроцького. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 648 с. + 4с. кольор. вкл.
2. Акушерство и гинекология, Г. К. Степанковская, Г. Д. Гордеева. — М.: Эксмо, 2008. — 400 с. — (Медицинский атлас).
3. <https://almostadoctor.co.uk/about>
4. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
5. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
6. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Аномалії розвитку плідного яйця

МІХУРОВИЙ ЗАМЕТ

Міхуровий замет (МЗ) вперше описаний Гіппократом близько 400 в.с. як «водянка матки». З цього моменту МЗ представляє клінічний і дослідницький інтерес.

Міхуровий замет входить до групи захворювань, класифікованих як гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ).

На теперішній час розрізняють:

- Гестаційна трофобластична хвороба (ГТХ) — ураження, що обумовлені вагітністю та характеризується аномальною проліферацією трофобласту. Ця група захворювань складається з доброякісних, не неопластичних уражень, включаючи **міхуровий замет (hydatidiform mole)**, **вузли та бляшки плацентарної ділянки (placental site nodule)** та **аномально збільшену плацентарну ділянку (exaggerated placental site)**.
- Гестаційна трофобластична неоплазія (ГТН) — включає групу справжніх пухлин. Це злоякісні пухлини через можливість локальної інвазії та метастазування. На відміну від інших більш частих злоякісних новоутворень, ГТН виліковні у 85–100% випадків, навіть при наявності поширеної хвороби. ГТН включають: хоріокарциному (choriocarcinoma), трофобластичну пухлину плацентарної ділянки (placental site trophoblastic tumor), епітеліоїдну трофобластичну пухлину (epithelioid trophoblastic tumor) та інвазивний замет (invasive mole). При відсутності матеріалу для гістотологічної діагностики, захворювання діагностоване в результаті стійкого підвищення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) після евакуації молярної вагітності називається ГТН.

Більшість з цих пухлин виробляють бета-субодиницю ХГЛ, який використовується як пухлинний маркер та як скринінговий тест для контролю за ефективністю лікування.

Міхуровий замет є найбільш поширеною формою гестаційного трофобластичного захворювання (ГТД) — 80%.

Класифікація МЗ

МЗ може бути:

1. Повний (80%)
 2. Частковий (або неповний) (10%)
 3. Інвазивний (10%).
- Повні та часткові МЗ, хоча і є доброякісними, вважаються передпухлинними захворюваннями, оскільки вони можуть перетворюватися в злоякісні новоутворення.
 - Розвиток злоякісної гестаційної трофобластичної неоплазії зазвичай виникає після повного МЗ (15–20%), а не часткового МЗ (1–5%) і складається з інвазивного молю — 75%, хоріокарциноми — 25%.

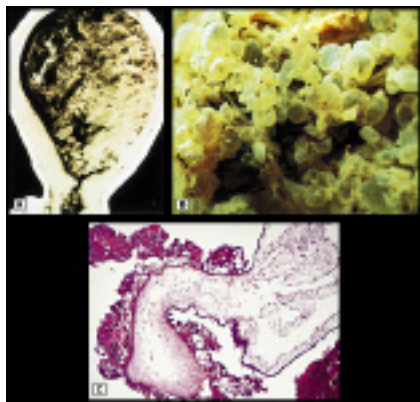
- Інвазивний МЗ відноситься до ГТН і є злоякісною пухлиною.

Генетика

Молярні вагітності мають дисбаланс або надмірний батьківський генетичний матеріал порівняно з материнським.

- **Повні МЗ** розвиваються через втрату генетичного матеріалу з яйцеклітини, яка потім запліднюється двома сперматозоїдами або одним сперматозоїдом, що дублює свої хромосоми. Тому повний моль найчастіше має **46, XX каріотип**, з усіма хромосомами батьківського походження (також може бути 46XY).
- Рідко повні замети є двостатевими і пов'язані з аутосомно-рецесивним станом, схильним до молярної вагітності. В дуже рідких випадках повного МЗ зберігається материнська хромосома 11, що підтверджується фарбуванням р57, який є продуктом материнського експресуючого гену. Ці пацієнти мають дуже високий ризик рецидиву, а також підвищений ризик ГТН.
- **Часткові МЗ** розвиваються завдяки заплідненню яйцеклітини двома сперматозоїдами, що призводить до триплоїдії з вмістом батьківської до материнської ДНК 2:1 (**каріотип 69XXX, 69XXY або 69XYY**).

Гени батьків мають більший контроль над ростом плаценти, у той час як материнські гени мають більший контроль над зростанням плода. Таким чином, при надлишку батьківських генів спостерігається надмірна плацентарна або трофобластична проліферація.



Мал.1 Повний міхуровий замет.
Дані з: Rubin E MD and Farber JL MD. Pathology, 3rd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

Гістопатологія

Міхуровий замет характеризується гідропічним набряком ворсин хоріону (пухирцево зміненими ворсинами — «гроно винограду») з гіперплазією трофобласту як результат надмірної експресії батьківських генів. **Основна відмінність між двома типами** молярної вагітності полягає в тому, що повні МЗ не містять тканини плода / ембріона, а часткові молі містять.

Диференціація часткового моля від немольного викидня може бути проблематичною. Наявність лише гідропічної ворсинки не є діагностикою молярної вагітності, оскільки трофобластна проліферація є ключовою діагностичною ознакою.

Таким чином, опис гідропічної ворсинки окремо, не згадуючи про трофобластичну проліферацію, вказує на те, що це є самовільний аборт або завмерла немольна вагітність і не потребує подальшого спостереження.

Епідеміологія

Частота повного МЗ складає близько 1 на 1000 вагітностей, а захворюваність частковим МЗ становить 3 на 1000. Значно рідше МЗ зустрічається серед азіатів, латиноамериканців та негроїдної раси.

Основними факторами ризику для МЗ є:

- Попередня молярна вагітність. Ризик повторення молярної вагітності після першого МЗ становить від 1 до 1,5%.
- Екстремальний материнський вік — ризик повного МЗ найвищий у віці матері ≤ 18 і > 35 років.
- Ризик повного та часткового МЗ збільшується у жінок з самовільними викиднями в анамнезі та безпліддям.
- Ризик повного МЗ збільшується зі зменшенням споживання дієтичного каротину (попередника вітаміну А) та тваринного жиру.

Клініко-діагностичні критерії

Можливість МЗ повинна розглядатися у будь-якої жінки репродуктивного віку з аномальною вагінальною кровотечею або кровотечею на ранніх термінах вагітності. МЗ може бути запідозрений ґрунтуючись на незвично високому рівні ХГЧ ($> 100\,000$ мМЕ / мл), результатах УЗД або тільки після ПГД порушеної вагітності.

Міхуровий замет — це гістологічний діагноз, заснований на результатах ПГД зразку евакуації матки. Повні та часткові МЗ диференціюються на основі гістопатології, каріотипу (повні МЗ диплоїдні, часткові — триплоїдні) та наявності плода (плід присутній лише у частковому МЗ), (таблиця 1).

ПОВНИЙ МЗ

- Якщо УЗ картина не точна, попередній діагноз повного МЗ може бути встановлений на основі ХГЛ $> 100\,000$ мМЕ / мл.
- Додатковими допоміжними ознаками є двобічні тека-лютеїнові кісти або гіпертиреоз без будь-якої іншої етіології, прееклампсія у терміні < 20 тижнів.

Частковий МЗ є єдиним типом ГТХ, який асоціюється з наявністю плода, серцева діяльність плода також може бути присутня.

- Плід може бути присутнім, але може бути затримка росту або зменшення кількості амніотичної рідини.
- Висока частота самовільних викиднів та внутрішньоутробної загибелі, пов'язаної з триплоїдіями. У 90% пацієнтів з частковим МЗ відбувається викидень, частіше в кінці I — на початку II триместру.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика повного та часткового МЗ

	Повний	Частковий
Фатальна чи ембріональна тканина	Відсутня	Наявна
Набряк ворсин хоріону	Дифузний	Фокальний
Гіперплазія трофобласту	Дифузна	Фокальна мінімальна
Каріотип	46, XX каріотип, з усіма хромосомами батьківського походження	69XXX, 69XXY або 69XYY, додатковий набір батьківських хромосом
Імуногістохімія	p57 — негативний	p57- позитивний
Симптоми / ознаки	Аномальні вагінальні кровотечі	Missed abortion
ХГЛ у сироватці	Виразене підвищення	Помірне підвищення
Ризик ГТН	15–20%	1–5%

- ХГЛ може бути вище очікуваного рівня, але якщо він $<100\,000$ мМЕ / мл, це не є інформативним. Рівень hCG коливається при звичайній вагітності, і для кожного гестаційного віку не існує стандартного рівня.
- Т.ч., частковий МЗ часто неправильно діагностується як неповний аборт або завмерла вагітність, а правильний діагноз встановлюється лише після ПГД.
- При частковому МЗ рівень ХГЛ, як правило, нижче, ніж у повному МЗ, і, таким чином, менш ймовірно, він буде супроводжуватися наслідками стимуляції ХЧГ.
- Кюретаж матки може бути виконаний, якщо при відповідному рівні ХГЧ та гестаційному терміні серцебиття плода відсутнє. Для більш ранніх термінів вагітності слід проводити серійне УЗД та дослідження рівня ХГЛ (наприклад, щотижня), доки нормальна вагітність не може бути виключена.

Вагінальні кровотечі. Найбільш частим симптомом МЗ є кров'яністі виділення з матки на ранніх термінах вагітності (84% пацієнтів), які виникають внаслідок відділення молярної ворсинки від decidua. При повному МЗ класичний вигляд крові характеризується як "сік чорносливу", що обумовлено накопиченням крові, яка зазнала окислення та зрідження, в порожнині матки.

Тазовий тиск або біль — є загальними, неспецифічними симптомами молярної вагітності через збільшення матки та / або збільшення кістозних яєчників.

Розмір матки більший за гестаційний вік. Бімануальне дослідження або УЗД може виявити розмір матки, більший за гестаційний вік (28% пацієнтів).

Збільшення матки більш ймовірно при повному МЗ, ніж при частковому МЗ. Незважаючи на те, що при повному МЗ немає плода, збільшення обумовлене великими обсягами молярної тканини, збереженою кров'ю, і, як правило, асоціюється з рівнями ХГЛ $> 100\,000$ мМЕ / мл. Жінки з частковим МЗ можуть мати розмір матки малий для гестаційного віку, через затримку росту плода з триплодіями.

Надмірне блювання вагітних (hyperemesis gravidarum) — 8% пацієнтів. Нудота та блювота можуть розвинути раніше, ніж при немоларній вагітності та / або бути більш тяжкими. Проте ранні чи важкі симптоми можуть також виникати при звичайній вагітності, особливо при БВ.

Рідкісні або пізні ознаки

При повному МЗ, наслідки, пов'язані з високими рівнями ХГЛ, включають тека-лютеїнові кісти яєчників, гіпертиреоз та ранній початок прееклампсії. Для повного МЗ, діагностованому в І триместрі вагітності, ризик прееклампсії чи гіпертиреозу низький. Ці ускладнення виникають приблизно у 25% пацієнтів з розмірами матки більше 14–16 тижнів вагітності.

Рівні ХГЛ при частковому МЗ, як правило, набагато нижчі. Таким чином, частковий МЗ рідше асоціюється з наслідками стимуляції ХГЛ. Лише 6,7% пацієнтів мали концентрацію ХГЛ у сироватці крові $> 100\,000$ мМЕ / мл. Крім того, в сучасній практиці частковий МЗ в основному евакуюється в І-му триместрі в 10–12 тижнів гестації.

- **Гіпертиреоз.** Клінічний гіпертиреоз присутній при МЗ переважно у більш пізніх гестаційних термінах. Розвиток гіпертиреозу пов'язаний з підвищенням рівня ХГЛ $> 100\,000$ мМЕ / мл протягом декількох тижнів. Ці пацієнти можуть мати тахікардію, теплу шкіру та тремор. Деякі дослідники припустили, що ХГЛ є стимулятором щитовидної залози через гомологію між ХГЛ та гормоном ТТГ. Також існують дослідження щодо наявності окремого хоріонічного тиреотропіну, але ця речовина все ще не була виділена.
- **Тека-лютеїнові кісти** — є формою гіперстимуляції яєчників внаслідок високих циркулюючих рівнів ХГЛ та пролактину. Ці кісти багатокільозні, часто двобічні та зникають через кілька тижнів або місяців після лікування МЗ. Тека-лютеїнові кісти може також розвинути у пацієнтів з безпліддям, які отримують індукцію овуляції або у пацієнтів з БВ. У інших пацієнтів виявлення лютеїнових кіст повинно викликати високу підозру на ГТХ.
- **Прееклампсія <20 тижнів вагітності** — коли прееклампсія розвивається до 20 тижнів гестації, слід запідозрити повний МЗ.

Діагностика

1. **Анамнез.** Наявність МЗ, самовільних викиднів, завмерлих вагітностей, безпліддя в анамнезі.
2. **Гінекологічне обстеження:**
 - При огляді піхви в дзеркалах слід досліджувати щодо метастазів.

- При бімануальному обстеженні матка у жінок з повним МЗ може бути більшою, ніж очікуваний гестаційний термін. Можуть визначати двобічні тека-лютеїнові кісти яєчників.

3. Якщо клінічна картина підтверджує діагноз МЗ, слід виключити злоякісне захворювання — гестаційну трофобластну неоплазію. Пацієнтів слід обстежити для виключення метастатичного захворювання. Найбільш часто зустрічаються метастази в легені (симптоми — задишка або біль у грудній клітині) та піхву (вагінальна кровотеча), може бути метастазування в центральну нервову систему або печінку.

Лабораторні та інструментальні дослідження



Мал.2. Сонограма повного МЗ.



Мал. 3. Тека-лютеїнові кісти яєчників
Дані з: Courtesy of Beryl Benacerraf, MD., 2017.

1. Кількісне вимірювання ХГЛ у сироватці крові. При МЗ рівень ХГЛ значно вищий ($> 100\,000$ мМО / мл), ніж при нормальній вагітності. Однак, значно підвищені рівні ХГЛ частіше спостерігаються у пацієнтів з повним МЗ (40%) у порівнянні з частковим МЗ (6%). Концентрація ХГЛ при МЗ зазвичай вище, ніж при матковій або ектопічній вагітності того ж гестаційного терміну.

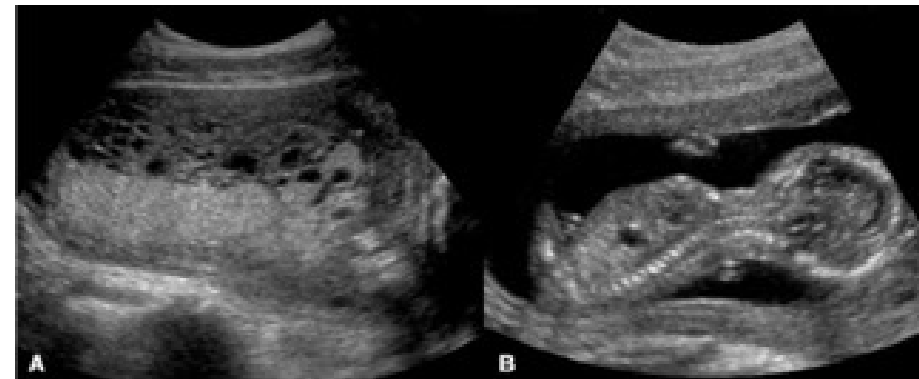
2. Трансвагінальне УЗД. Якщо початковий рівень ХГЛ є високим ($> 100\,000$ мМО / мл), слід провести трансвагінальний УЗД і, ймовірно, виявити молярне захворювання. Якщо рівень ХГЛ є високим, а УЗД показує, що вагітність, мабуть, нормальна маткова — слід повторити УЗД протягом одного тижня для виключення можливої БВ з нормальним плодом і співіснуючим МЗ.

УЗ ознаки повного МЗ (мал. 2)

- Відсутність ембріона чи плода.
- Відсутність амніотичної рідини.
- Гетерогенна маса з численними дискретними анехогенними порожнинами, що описано як «симптом снігової завірюхи».

Тека-лютеїнові кісти яєчників (мал. 3).

Ці ознаки можуть бути відсутні при УЗД міхурового замету в першому триместрі. Специфічність сонографічних знахідок при повному МЗ може бути збільшена шляхом кореляції рівня ХГЛ. Так, рівень ХГЛ $> 100\,000$ мМО / мл в першому триместрі повинен викликати підозру на молярну вагітність.



Мал. 4. Трансабдомінальне УЗД на 15 тижні гестації. Частковий МЗ. Гетерогенна плацента з мніжнинними кістами та живий плід.
Дані з: Courtesy of Deborah Levine, MD., 2017.

УЗ ознаки часткового МЗ

На підставі результатів ультразвуку, частковий МЗ діагностується як замерла вагітність або неповний аборт у 15–60% випадків. Ці помилкові діагнози частіше зустрічаються при часткових МЗ, ніж при повних МЗ, оскільки лише при частковому МЗ візуалізується плід та амніотична рідина.

Сонографічні ознаки, що вказують на часткий МЗ (мал. 4):

- Плід може бути ідентифікований, він може бути життєздатним, але це часто супроводжується затримкою росту.
- Амніотична рідина присутня, але обсяг може бути зменшений.
- Тека-лютеїнові кісти, як правило, відсутні.
- Плацента з одним або кількома ненормальними виявленнями: збільшені кістозні простори («малюнок швейцарського сиру») та / або підвищена ехогенність хоріонічної ворсинки.
- Підвищений поперечний діаметр плідного яйця (співвідношення поперечного до передньозаднього розміру гестаційного мішка $> 1,5$).
- При наявності 2 критеріїв: (1) кістозних просторів в плаценті та (2) співвідношення поперечного до передньозаднього розміру гестаційного мішка $> 1,5$ — прогноз часткового МЗ складає 87%.

3. Рентгенографія грудної клітини. У пацієнтів з МЗ, рентгенограма ОГК виконується лише у випадку, якщо пацієнт має легеневі симптоми, такі як задишка або біль у грудях.

4. Евакуація матки з наступним ПГД дослідженням матеріалу, цитогенетичне дослідження.

5. Визначення Rh-фактору та анти-Rh-антитіл. У жінок із кровотечею під час вагітності, які є Rh(D)-негативними, слід вводити анти-D-імуноглобулін.

Лікування

1. Хірургічна евакуація вмісту матки за допомогою кюретажу — є основним методом лікування МЗ.

Рекомендована евакуація вмісту матки за допомогою кюретажу, а не медикаментозні методи. Використання медикаментозних методів евакуації матки (мізопропростол, міфепристон, окситоцин) є суперечливим щодо ефективності та безпечності, оскільки індукція скорочень матки утеротоніками (окситоцином, простагландінами) підвищить ризик трофобластичної емболізації легенів або метастазування. Крім того, достатньо важко отримати повний матеріал з матки при медикаментозному лікуванні, а гістологічне дослідження матеріалу має вирішальне значення для підтвердження діагнозу МЗ.

2. Гістеректомія.

- **Гістеректомія рекомендується** жінкам з МЗ з високим ризиком ГТН: *при повному МЗ та рівні ХГЛ > 100 000 мМО / мл та віці ≥40 років, якщо вони закінчили дитородження*. Оскільки ГТН є найбільш ймовірною у цій віковій групі. ГТН розвивається приблизно у 40% жінок з повним МЗ у віці від 40 до 49 років.
- При консультуванні пацієнтів щодо варіантів лікування важливо інформувати про те, що гістеректомія усуває локальну інвазію та знижує ймовірність розвитку ГТН, але це не заважає всім випадкам метастатичного захворювання, спричиненого скритими метастазами. Жінки після гістеректомії все ще потребують моніторингу, включаючи серійні рівні ХГЛ. Метастатична ГТН розвивається у 4% пацієнтів після евакуації матки при повному МЗ.
- Під час гістеректомії яєчники можуть зберігатися, оскільки метастази в яєчники зустрічаються рідко.

3. Профілактична хіміотерапія (метотрексат та актиномізид D).

- Хіміотерапія рідко пропонується після евакуації повного МЗ у жінок підвищеного ризику ГТН.
- Хіміотерапію необхідно рекомендувати пацієнтам з повним МЗ із високим ризиком, коли моніторинг ХГЛ є недоступним або ненадійним (наприклад, при низькому рівні доходів).
- Ця рекомендація підтверджується даними, які постійно показують, що хіміотерапія може знизити ризик подальшої діагностики, прогресування ГТН (в середньому на 63%).
- Для жінок з низьким рівнем ризику не продовжуємо профілактичну хіміотерапію, а починаємо спостереження. (Див. нижче).
- Важливо, що хіміопротекція не впливає на майбутню фертильність.

4. Rh (D)-імуноглобулін. Пацієнти, які є Rh (D)-негативними, повинні отримувати анти-D-імуноглобулін під час лікування, оскільки Rh(D)-фактор впливає на трофобласт.

5. Тека-лютеїнові кісти — звичайно регресують повільно через 2–4 місяці після евакуації зі зниженням рівня ХГЧ. Показаннями до лапароскопічного лікування тека-лютеїнових кіст є:

- перекрут яєчників;
- спонтанний розрив (зустрічається дуже рідко).

Наступне спостереження

Всіх пацієнти з МЗ після евакуації вмісту матки слід моніторити шляхом послідовного визначення ХГЛ у сироватці крові до досягнення невизначеного рівня протягом декількох місяців, щоб оцінити ризик гестаційної трофобластичної неоплазії.

Протокол спостереження згідно рекомендацій Американської колегії акушерів-гінекологів:

- Визначення ХГЛ у сироватці кожного тижня, поки не буде виявлено 3 тижні,

тоді

- Кожен місяць протягом 6 місяців.

Якщо ХГЛ залишається невизначеним протягом 6 місяців, пацієнтка може відновити спробу вагітності, якщо бажає.

Короткий термін спостереження.

- Кожного тижня, поки не буде виявлено 3 тижні,

тоді

- Кожен місяць протягом 3 місяців.

Якщо ХГЛ залишається невизначуваною протягом 3 місяців, пацієнтка, якщо бажає, може відновити спробу вагітності.

Багато пацієнтів вважають, що шестимісячний період спостереження є складним для виконання. Жінки можуть почати спробувати планувати іншу вагітність раніше, особливо у віці старше 35 років. Більше того, щотижневі чи щомісячні тести на ХГЧ є провокацією тривоги для багатьох жінок, є дорогими та незручними.

Більш короткий період моніторингу ХГЛ також може бути розглянуто, оскільки ризик ГТН становить <1% після того, як досягнуто невизначуваного рівня ХГЛ, виходячи з даних декількох тисяч жінок з різних установ, включаючи лікарню Чаринг Крос, Південно-Західний Університет Техасу, Центр Трофобластичних захворювань Нової Англії (NETDC) та трофобластичні центри в Угорщині, Австралії, Бразилії та Нідерландах.

ДІАГНОСТИКА ГЕСТАЦІЙНОЇ ТРОФОБЛАСТИЧНОЇ НЕОПЛАЗІЇ

Діагноз постмолярної ГТН базується на критеріях Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO):

- Рівень ХГЛ плато (залишається в межах $\pm 10\%$ від попереднього результату) через чотири виміри протягом трьох тижнів (наприклад, днів 1, 7, 14 та 21).
- Рівень ХГЛ збільшується $> 10\%$ за три значення протягом двох тижнів (наприклад, вимірювання в днях 1, 7 та 14, збільшення становить $> 10\%$ від першого дня до 14-го дня).
- Персистентність рівня ХГЛ в сироватці крові протягом більше шести місяців після евакуації молярної вагітності.

КОНТРАЦЕПЦІЯ

Жінкам з молярною вагітністю рекомендується використовувати надійну контрацепцію протягом всього інтервалу моніторингу ХГЛ.

Нова вагітність в цей період ускладнить або унеможливить інтерпретацію результатів ХГЧ та ускладнить лікування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ.

Через ризик рецидиву МЗ пацієнтам із попереднім МЗ рекомендовано:

- Провести УЗД першого триместру, щоб підтвердити нормальний гестаційний розвиток.
- Вимірювання рівня ХГЛ у сироватці крові через 6 тижнів після закінчення вагітності (наприклад, пологи в термін, спонтанний аборт, індукований аборт), щоб виключити хориокарциному
- Після передчасних або термінових пологів у пацієнтів з попередньою молярною вагітністю або ГТН плаценту слід ретельно оглянути та направляти на ПГД.
- Вміст матки після викиднів чи абортів слід досліджувати ПГД.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник (ВУЗ III — IV р.а.) / Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська та ін.; під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. «Медицина». 2012. — 648с.
2. Жабицкая Л. А. Пузырный занос: клинические аспекты, тактика ведения / Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. Приложение. — 2018. — 44–46с.
3. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Management / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD // Sep. 2017.
4. Ross S Berkowitz, MD. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis / Ross S Berkowitz, MD, Donald Peter Goldstein, MD, Neil S Horowitz, MD. — Sep. 2017.
5. Rebecca N Baergen, MD. Gestational trophoblastic disease: Pathology. — Sep. 2017.
6. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
7. <https://almostadoctor.co.uk/about> <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
8. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
9. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Багатоплідна вагітність

Багатоплідною називається вагітність двома або більшою кількістю плодів. Якщо жінка вагітна двома плодами йдеться про двійню, трьома плодами — про трійню. Діти, що народились від багатоплідної вагітності, називаються близнюками.

Багатоплідна вагітність (БВ) зустрічається у 0,7–1,5% випадків, у теперішній час спостерігається тенденція до збільшення частоти її настання у зв'язку з гіперстимуляцією овуляції у жінок, що страждають на безпліддя, при екстракорпоральному заплідненні.

Етіологія та патогенез

Причини багатопліддя різноманітні і вивчені недостатньо.

Певну роль у схильності до БВ відіграє спадковість. Багатоплідна вагітність частіше зустрічається у сім'ях, де мати чи батько, чи обидва подружжя походили з двійні чи більшої кількості плодів. При цьому більше значення має генотип матері.

Частота БВ збільшується з віком жінки та кількістю вагітностей.

У виникненні БВ велику роль відіграє підвищення рівня фолікулостимулюючого гормону, який сприяє дозріванню декількох яйцеклітин. Це може бути спадково детерміновано, а також наслідком медикаментозної дії:

- активне використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) (60–70% всіх БВ);
- застосування стимуляторів овуляції;
- відміна естроген-гестагенних препаратів.

Багатоплідна вагітність може виникати: в результаті запліднення двох чи більшої кількості яйцеклітин, що дозріли одночасно — двояйцеві, чи дизиготні двійні; а також при розвитку двох чи більше ембріонів з однієї заплідненої яйцеклітини — однайцеві, чи монозиготні двійні.

Двояйцева (дизиготна) двійня

Серед усіх видів двоєнь двояйцеві двійні спостерігаються у 70%.

Формування двояйцевих двоєнь може бути у разі:

1. Одночасного дозрівання та овуляції двох та більше фолікулів в одному яєчнику.
2. Дозрівання та овуляції двох та більше фолікулів в обох яєчниках.
3. Запліднення двох та більше яйцеклітин, що дозріли в одному фолікулі.

Двояйцеві близнюки можуть бути як одно-, так і різностатевими, та знаходитися у тій же генетичній залежності, що і рідні брати та сестри.

Різниця у масі тіла у двояйцевих близнюків звичайно невелика і коливається у межах 200–300 г.

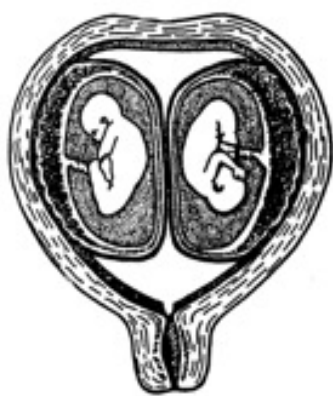
Дизиготні двійні завжди характеризуються біхоріальним, біомніотичним типом плацентации (мал.3). При цьому завжди будуть дві автономні плаценти,

які можуть щільно прилягати, але їх можна розділити. Кожна запліднена яйцеклітина, що проникає у відпадну оболонку, утворює власну амніотичну та хоріальну оболонки, з яких у подальшому утворюється своя плацента:

- Якщо яйцеклітини проникли у відпадну оболонку близько одна до одної, то краї обох плацент щільно прилягають, що створює враження єдиного утворення (мал. 1). В дійсності кожна плацента має свою судинну сітку, кожний плідний мішок має свою амніотичну та хоріальну оболонки. Перетинка між двома плідними мішками складається з чотирьох оболонок: двох амніотичних та двох хоріальних, а відпадна оболонка спільна (біхоріальні близнюки).

Якщо ж запліднені яйцеклітини проникли на значній відстані, то плаценти розвиваються окремими утвореннями, а кожне яйце має власну окрему відпадну оболонку (мал. 2)..

Однояйцева (монозиготна) двійня



Мал.1 Двойцева двійня.
Плаценти щільно прилягають одна до одної



Мал.2 Двойцева двійня.
Плаценти перебувають на певній відстані одна від одної

Однояйцеві близнюки завжди одностатеві, мають одну групу крові, однаковий колір очей, волос, шкірний рельєф кінчиків пальців та дуже схожі один на одного. Вони, як правило, хворіють на одні і ті ж захворювання в один і той же час, мають однакову здатність до навчання.

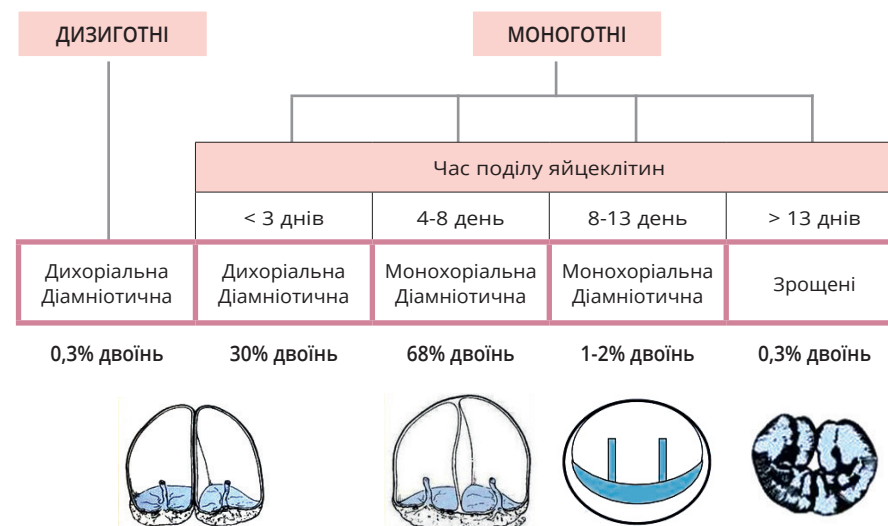
Однозначної гіпотези щодо **формування однояйцевих близнюків** немає.

1. Очевидно, частіше всього виникнення однояйцевих двоїнь (троєнь та ін.) буває пов'язано з заплідненням яйцеклітини, що має два та більше ядра. Кожне ядро з'єднується з ядерною речовиною сперматозоїда та утворюється зародок. Описані яйцеклітини з двома та трьома ядрами.

2. Існує також інший механізм походження однояйцевих близнюків — єдиний ембріональний зачаток у стадії дроблення поділяється на дві частини; з кожної частини утворюється плід:

- При розділенні до формування внутрішнього шару клітин (у стадії морули) та перетворення зовнішнього шару клітин бластоцисти у елементи хоріону, що має місце у перші 72 години після запліднення, розвивається два амніотичних мішки та два хоріона. У результаті утворюється дихоріальна біамніотична монозиготна двійня (мал. 3).
- Якщо поділ відбувається на 4–8 добу після запліднення, по закінченні формування внутрішнього шару клітин та закладки хоріону із зовнішнього шару, але до закладки амніотичних клітин, тобто до появи плідного міхура, сформуються два ембріона, кожний в окремому амніотичному мішку. Тобто розвивається монохоріальна біамніотична монозиготна двійня (мал. 3).
- Якщо до моменту розділення закладка амніону вже відбулася, що має місце на 8–13 добу після запліднення, то поділ приведе до формування двох ембріонів у одному амніотичному мішку, тобто монохоріальної моноамніотичної монозиготної двійні (мал. 3).
- Після 14-ї доби повний розподіл ембріональних зачатків неможливий і розвиваються зрощені близнюки (мал. 3).

У більшості випадків виникнення однояйцевих близнюків розподіл зародкових листків відбувається до 8 дня (монохоріальна біамніотична монозиготна двійня).



Мал. 3. Типи розвитку двійні

Адаптовано з: Dodd JM, Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005

Особливості перебігу та ускладнення багатоплідної вагітності

Багатоплідна вагітність — серйозне випробовування для організму жінки. Материнська захворюваність та смертність при БВ збільшується у 3–7 разів.

Об'єм циркулюючої крові при багатоплідній вагітності підвищується на 50–60%, тоді як при одноплідній на 40–50%. Це обумовлює більш ранній та частий розвиток гемодинамічних порушень.

При БВ більш часто розвивається варикозна хвороба. Збільшена матка зміщує діафрагму, що затрудняє діяльність серця, в наслідок чого виникає задишка, тахікардія. А здавлення внутрішніх органів збільшеною маткою може супроводжуватись порушенням функції кишечника, печією, частим сечовипусканням.

Перебіг вагітності при монохоріальному типі більш несприятливий у порівнянні з дихоріальним.

При БВ значно зростає ризик наступних ускладнень:

- Передчасні пологи (у 30–60% випадків БВ).
- Самовільні викидні.
- Прееклампсія та еклампсія.
- Передчасний розрив плодових оболонок.
- Передчасне відшарування плаценти.
- Анемія, гестаційний діабет, пієлонефрит.
- Післяпологові кровотечі.

Крім того, можуть виникати:

- Синдром фето-фетальної трансфузії (СМП).
- Дискордантний ріст плодів.
- Затримка розвитку плода (ЗРП).
- Загибель одного з плодів (у 7 разів вище, ніж при ОВ).
- Сіамські близнюкі.

Перинатальна смертність при БВ у 3–4 рази вище, ніж при ОВ. Перинатальні втрати знаходяться у прямій залежності від маси тіла дітей, дорівнюючи у середньому 10%. Перинатальна смертність серед монозиготних дітей у 2,5% вище, ніж серед дизиготних двійнь, та особливо велика при монохоріальних моноамніотичних двійнях.

Ризик церебрального паралічу у 4 рази вищий, ніж при ОВ.

При БВ вади розвитку плода в 2 рази частіше, ніж при ОВ, особливо при монозиготній двійні.

Діагностика багатоплідної вагітності

При зборі **анамнезу** у таких вагітних часто виявляється, що вагітна чи її чоловік є одним із двійні. Вказівкою на можливість розвитку БВ може бути інформація про те, що вагітність настала після застосування стимуляції овуляції або ДРТ.

У I триместрі вагітності необхідно звернути увагу на невідповідність розмірів матки терміну вагітності — ріст матки ніби випереджує термін вагітності. Особливо швидкий ріст матки відмічається в II триместрі вагітності.

У пізні терміни вагітності певне значення для встановлення діагнозу багатопліддя мають **дані зовнішнього акушерського дослідження**: окружність живота, висота стояння дна матки виявляються більшими, ніж повинні бути при даному терміні вагітності. Іноді вдається пропальпувати багато дрібних частин плода та дві і більше крупні частини (голівки та тазові кінці).

Аускультативними ознаками є виявлення в різних відділах матки двох фокусів виразного вислуховування серцевих тонів плодів, особливо якщо між ними є так звана зона мовчання (ділянка, де тони серця плода не чути). Про двійню свідчить також різна частота серцевих тонів.

Певне значення в постановці діагнозу БВ мають **біохімічні тести**, при яких рівень хоріонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену вище, ніж при ОВ. Підвищеним може бути також і рівень α -фетопротеїну.

Найбільш точним методом діагностики багатоплідної вагітності є ультразвукове дослідження.

3. УЗД багатоплідної вагітності в ранні терміни базується на візуалізації у порожнині матки декількох плідних яєць, а з 5–6 тижня вагітності — двох та більше ембріонів (мал. 4).

4. УЗД в терміні 10–13 тижнів вагітності для визначення:

- Життєздатності
- Кількості плодів (одноплідна чи багатоплідна)
- Товщини комірцевого простору (анеуплоїдія)
- Вроджених вад розвитку
- Точного терміну гестації
- Визначення хоріальності. Точність визначення хоріальності вище до 14 тижня вагітності, ніж після (мал. 5, 6).

5. УЗД в 20–22 тижні (структурні аномалії).



Мал. 4. Ультразвукова картина двояйцевої двійні у терміні вагітності 6 тижнів.



Мал. 5. Дихоріальна двійня.



Мал. 6 Монохоріальна двійня

Дані з: *Multiple Pregnancies: Determining Chorionicity and Amnionicity*. Traci B. Fox, 2006.

6. УЗД на більш пізніх термінах:

- Цервікометрія.
- Фетометрія (прогнозування ЗРП, дискордантного росту).
- Доплерометрія кровотоку в судинах.

Особливості ведення багатоплідної вагітності

1. Відвідування ЖК

- Вагітні без ускладнень:
1 раз на місяць до 28 тижнів.
2 рази на місяць до 34 тижнів.
1 раз у 7–10 днів з 34 тижня.
- Загальна кількість відвідувань протягом вагітності — 15–17.
- У вагітних з БВ високого ризику частота відвідувань ЖК має вирішуватися *індивідуально*.

2. УЗД

№ 1–10–13 тижнів + розрахунок особистих ризиків можливих трисомій 13,18, 21 (на підставі УЗД та показників ХГЧ та РАРР-А).

№ 2–20–22 тижня (структурні аномалії)

- При дихоріальній двійні — УЗД в 24, 28, 32, 36 тижнів:
Виявлення ЗРП, дискордантного росту
Цервікометрія
- При монохоріальній двійні — у разі неускладненого перебігу вагітності — УЗД має проводитись кожні 2–3 тижня, починаючи з 16 тижня вагітності:
УЗД між 16 і 24 тижнями спрямовано на виявлення СМП
Після 24 тижнів вагітності, коли рідко трапляються перші ознаки СМП, основна мета — виявити ЗРП та дискордантний ріст.

3. Жінкам з БВ слід надавати рекомендації стосовно способу життя та харчування:

- має бути запропоновано вживання фолієвої кислоти в стандартному режимі для профілактики дефектів невральної трубки плода (400 мкг);
- збагачення раціону препаратами заліза слід обов'язково рекомендувати вагітній у разі її поганого харчування або дотримання вагітною вегетаріанської дієти.

4. Діагностика та профілактика прееклампсії жінкам з БВ проводяться такими способами:

- вимірювання АТ та дослідження сечі на наявність протеїнурії (клінічний аналіз сечі або експрес-тест-смужка) під час кожного візиту до жіночої консультації;
- надання рекомендацій щодо приймання **75–150** мг аспірину щодня, починаючи з 12 тижнів вагітності до розродження, якщо жінка має один або більше з таких факторів ризику:
перша вагітність;
вік — 40 років або більше;
інтервал між вагітностями понад 10 років;
ІМТ — 35 кг/м² або більше при першому візиті в жіночу консультацію;
прееклампсія в родині.

5. Прогнозування передчасних пологів (ПП) здійснюється методом динамічного спостереження за довжиною шийки матки шляхом трансвагінальної (TVI) УЗ цервікометрії.

6. Профілактика передчасних пологів при БВ.

- Всім жінкам з БВ при першому відвідуванні та в подальшому (за показами) має бути проведено бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та, у разі виявлення, лікування бактеріального вагінозу, трихомоніазу та кандидозу. Бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви при БВ проводиться у будь-який термін вагітності за наявності відповідних показань.
- Шов на шийку матки або встановлення шийкового песарію не слід використовувати для профілактики ПП у всіх жінок з БВ. Вказані заходи можуть бути виправдані у пацієнток за наявності клінічних показань та на підставі рішення консилиуму лікарів.
- Довжина шийки матки менше 25 мм є показанням для накладання шва на шийку матки (до 22 тижнів) або встановлення шийкового песарію (після 22 тижнів) та призначення натурального прогестерону в терапевтичній дозі.

7. Призначення антенатальних кортикостероїдів.

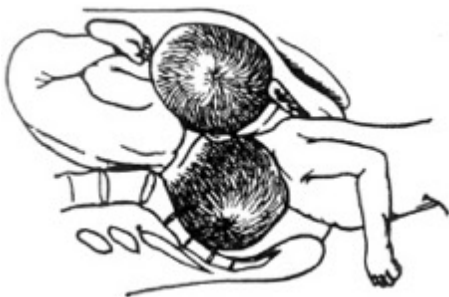
- При призначенні антенатальних кортикостероїдів знижується смертність новонароджених, частота РДС, ВШК, НЕК у новонароджених, а також суттєво знижується тривалість підтримки неонатальної дихальної системи без збільшення материнської чи неонатальної інфекції. Середнє зменшення ризику цих ускладнень коливається від 30 до 60% (<http://www.nice.org.uk/guidance/ng25/preterm-labour-and-birth>).
- Проводиться кортикостероїдами за тими самими показаннями та за тією самою схемою (курсова та разова дози, кратність введення), що й при ОВ.

- Повторний курс антенатальних кортикостероїдів *може бути* рекомендований (однак не призначається рутинно) за умови збереження скоротливої діяльності матки (не раніше, чим через 7 днів від першого курсу).
- Перший курс антенатальних кортикостероїдів в терміні 35–37 тижнів *може бути* рекомендований, якщо пологи неминучі або заплановано кесарів розтин.
- Не проводиться більше двох антенатальних курсів кортикостероїдів упродовж вагітності.

Особливості розродження при багатоплідній вагітності

Ускладнення перебігу пологів:

- ПРПО, при цьому можливе випадіння петель пуповини, мілких частин плода.
- Внаслідок перерозтягнення матки пологи часто бувають тривалими через слабкість пологової діяльності.
- ПРПО, зтягування пологів підвищує ризик післяпологових гнійно-септичних ускладнень у матері та дистресу плода.
- Передчасне відшарування плаценти. Причиною цього є швидке зменшення об'єму матки та зниження внутрішньоматкового тиску після народження першого плода.
- Дуже рідким, але вкрай важким ускладненням періоду вигнання при багатоплідній вагітності є колізія близнят. Можливі різні варіанти зчеплення плодів. Найчастіше зчіплюються голівка одного плода з передлежачою голівкою другого (мал.7). Це відбувається у тих випадках, коли перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий — у головному (мал.7) або перший — у тазовому передлежанні, а другий — у поперечному положенні (мал. 8).



Мал. 7. Зчеплення голівок плодів при двійні. Перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий – у головному.



Мал. 8. Зчеплення голівок плодів при двійні. Перший близнюк народжується у тазовому передлежанні, а другий – у поперечному положенні.

- Після народження I-го близнюка II-ий може зайняти поперечне положення навіть у тому разі, коли до початку пологів він перебував у повздовжньому, що також може бути причиною різних ускладнень.
- Рання гіпотонічна кровотеча через перерозтягнення матки.
- У післяпологовому періоді можлива також субінволюція матки.

Оптимальний термін для розродження неускладненої БВ

Оптимальний термін для розродження неускладненої двійні є:

- Монохоріальна діамніотична двійня — 36–37 тижнів;
- Дихоріальна діамніотична двійня — 37–38 тижнів.

У разі подальшого пролонгування вагітності двійнею після 38 тижнів вагітності спостерігається зростання показників мертвонароджуваності та ранньої неонатальної смертності.

Не допускається пролонгування вагітності двійнею до 40 тижнів гестації, оскільки це супроводжується різким підвищенням показника мертвонароджуваності.

Монохоріальна моноамніотична двійня — розродження проводиться в термін 32–34 тижні вагітності шляхом операції КР після проведення курсу профілактики РДС кортикостероїдами.

Оптимальний термін для розродження неускладненої трійні є 35–36 тижнів гестації.

При досягненні оптимального терміну розродження і зрілості пологових шляхів (за шкалою Бішопа — більше 6 балів) — індукція пологів окситоцином.

При досягненні оптимального терміну розродження і незрілості пологових шляхів (за шкалою Бішопа — менше 6 балів) — розродження шляхом кесаревого розтину.

Вибір способу розродження при БВ залежить від:

- наявності/відсутності показань до КР;
- положення та передлежання плодів;
- терміну вагітності;
- передбачуваної маси та розміру плодів;
- хоріальності;
- стану плодів (СМП, ЗРП тощо);
- стану матері (наявність екстрагенітальної патології та/або ускладнень вагітності);
- акушерського анамнезу.

Вибір способу народження плода БВ залежатиме від акушерської ситуації.

Особливості надання допомоги при багатоплідних пологах.

- При поступленні роділлі з БВ у пологове відділення необхідне проведення УЗД для визначення способу розродження.
- На початку пологів жінці обов'язково проводиться катетеризація периферичної вени катетером великого діаметра (14–18 G).
- Проводиться ретельний моніторинг стану матері, плодів та прогресу пологів із записом у партограму.

- II та III періоди пологів слід вести у присутності лікаря-анестезіолога та лікаря-неонатолога.

1. Ведення I періоду пологів:

- Для спостереження за станом плодів обов'язково використовується електронний фетальний моніторинг (ЕФМ) у періодичному або, за наявності показань, постійному режимі з записом на плівку.
- Вагінальні дослідження проводяться кожні 4 години, якщо не має показань до більш частих оглядів.
- У разі відсутності адекватної динаміки розкриття шийки матки в активну фазу I періоду пологів (менше 1 см/годину), слабкості скоротливої діяльності матки (менше 3 перейми впродовж 10 хвилин, тривалістю менше 40 секунд), при задовільному стані матері та плодів, показана стимуляція пологової діяльності окситоцином за тією ж схемою, що й при ОВ, з контролем стану плодів за допомогою безперервного ЕФМ.
- За відсутності ефекту від стимуляції (швидкість розкриття шийки матки менш ніж 1 см/годину) через 2 години від її початку рекомендовано оперативне розродження.
- Знеболення багатоплідних пологів призначається за бажанням жінки або за наявності показань.

2. Особливості ведення II періоду пологів при багатоплідній вагітності.

Ведення періоду вигнання Плода А:

- Впродовж періоду вигнання плода А слід ретельно моніторувати стан матері та обох плодів (безперервний ЕФМ).
- Прогрес пологів (перейми та просування передлеглої частини) оцінюються так, як й при одноплідних пологах.
- У ранній фазі II періоду вертикальне положення роділлі може сприяти просуванню передлеглої частини Плода А.
- Пологопосилення окситоцином, епізіотомія, акушерські щипці, вакуум-екстракція плода проводяться за відповідними показаннями, як і при ОВ.
- У разі монохоріальної двійні пуповина Плода А має бути перетиснута одразу після народження для запобігання можливої втрати крові у Плода Б через існуючі судинні анастомози у плаценті.
- Після народження плід А обгорнути у теплу пелюшку, перетиснути та перерізати його пуповину та передати лікарю-неонатологу для здійснення повного медичного огляду.

Ведення періоду вигнання Плода Б:

Одразу після народження плода А провести зовнішньо-внутрішнє акушерське обстеження для уточнення стану плодового міхура, положення Плода Б, передлежання та рівня стояння передлеглої частини по відношенню до входу в малий таз. Може бути використане УЗД для допомоги отримати більш точні дані (особливо у жінок з ожирінням).

Вибір способу народження плода Б залежатиме від акушерської ситуації.

Плід Б у поздовжньому положенні:

- Якщо передлегла частина (голівка або сідниці) притиснута до входу в малий таз слід провести амніотомію.

- Якщо плід знаходиться у поздовжньому положенні, але передлегла частина не притиснута до входу в малий таз, слід зачекати 1–3 перейми доки передлегла частина не притиснеться до входу в малий таз, і після цього зробити амніотомію; проводити безперервний ЕФМ.
- Якщо раніше проводилась інфузія окситоцину відновити її.
- Якщо інфузія окситоцину не проводилась необхідно зачекати появи спонтанних перейм.
- Якщо протягом 10 хвилин після народження плода А спонтанні перейми не з'явилися слід розпочати внутрішньовенну інфузію окситоцину.

Плід Б у косому або поперечном у положенні:

Вибір варіанту повороту (на голівку чи на тазовий кінець) залежатиме від того, яка частина — голівка чи тазовий кінець — знаходиться ближче до входу в малий таз та акушерської ситуації.

- У разі виконання повороту Плода Б на ніжку проведення амніотомії не рекомендується. Необхідно розпочати пошук відповідної ніжки з цілим плодовим міхуром. Головною метою подібної тактики є запобігання скороченню матки після амніотомії та фіксації плода у поперечному/косому положенні; під час виконання того чи іншого повороту плода необхідно проводити безперервний ЕФМ, бути готовим до екстреного КР та надання реанімаційної допомоги новонародженому.

Можливі способи народження Плода Б:

- спонтанні вагінальні пологи у головному передлежанні;
- спонтанні вагінальні пологи у тазовому передлежанні (якщо положення плода Б після народження плода А є поздовжнім);
- зовнішньо-внутрішній поворот на ніжку / екстракція плода за тазовий кінець; зовнішній поворот на голівку з наступними вагінальними пологами;
- екстрений КР для плода Б (комбіновані пологи).

Комбінованими називають такі пологи за яких Плід А народжується через природні пологові шляхи, а плід Б — шляхом КР.

Допустимий інтервал між народженням плодів:

- Інтервал між народженням плодів з двійні до 30 хвилин є оптимальним; збільшення інтервалу між народженням плодів понад 30 хвилин є фактором, який підвищує ризик таких несприятливих ускладнень для Плода Б як кесарів розтин, ацидоз, перинатальна смертність, асфіксія, РДС, пологова травма, неонатальна інфекція.
- Якщо після народження Плода А пройшло 30 хвилин, а Плід Б ще не народився, слід ретельно оцінити акушерську ситуацію та прийняти рішення щодо подальшої тактики ведення пологів: за наявності прогресуючого просування передлеглої частини, при задовільному стані матері та плода пологи можна продовжити вести через природні пологові шляхи. У разі незадовільного прогресу пологів (слабкість пологової/потужної діяльності, повільне або відсутнє просування передлеглої частини) слід перейти до оперативного розродження в залежності від акушерської ситуації (КР для Плода Б, екстракція плода за тазовий кінець, вакуум-екстракція, акушерські щипці).

3. Ведення III періоду пологів:

- Враховуючи високий ризик післяпологової атонічної кровотечі при БВ застосовують активне ведення третього періоду пологів з обов'язковим введенням утеротоніку (окситоцин), але без проведення тракцій за пуповину (пуповини).
- Після народження посліду провести ретельну оцінку його будови для визначення/уточнення хоріальності та амніальності, а також пошук структурно-функціональних причин деяких ускладнень вагітності (СМП, ЗРП та/або загибель плода внаслідок крайового/оболонкового прикріплення пуповини, тощо).

Показання до розродження шляхом кесаревого розтину при багатоплідній вагітності:

1. двійня монохоріальна моноамніотична;
2. трійня та більша кількість плодів;
3. зрощені близнюки;
4. поперечне положення першого плода;
5. тазове передлежання першого плода;
6. двійня у поєднанні з рубцем на матці;
7. ЗРП одного чи обох плодів та порушення кровоплину в артерії пуповини;
8. необхідність розродження при терміні вагітності 26–32 тижні;
9. двійня дихоріальна діамніотична в терміні вагітності понад 38 тижнів (двійня монохоріальна діамніотична в терміні понад 37 тижнів) при незрілості шийки матки;
10. передчасний розрив плодових оболонок в терміні вагітності більше 34 тижнів та незріла шийка матки при безводному проміжку 24 години, в терміні вагітності до 34 — при безводному проміжку 48 годин;
11. невдала спроба зовнішньо — внутрішнього повороту II-го плода при поперечному положенні після народження I-го плода;
12. двійня внаслідок ДРТ та відмова від вагінальних пологів;
13. інші акушерські показання.

Специфічні ускладнення багатоплідної вагітності

Синдром міжблизнюкового перетікання (або синдром фето-фетальної трансфузії, далі СМП) — це скид крові від одного плода (донора) до іншого (реципієнта) внаслідок незбалансованості плацентарно-плодового та внутрішньо-плацентарного кровообігу за наявності у плаценті крупних артеріо-венозних анастомозів між судинними руслами обох плодів при монохоріальному типі плацентації. Зустрічається виключно при монохоріальному типі плацентації незалежно від кількості плодів.

Наслідки такого анастомозу можуть бути дуже серйозними. Якщо в судинній системі плаценти кров'яний тиск симетричний, обидва близнюки опиняються в однакових умовах харчування та розвитку. Однак при однойцевих двійнях ця рівновага може бути порушена внаслідок асиметричного плацентарного кровообігу і тоді один плід отримує більше крові (реципієнт), ніж

інший (донор). Останній не отримує достатнього харчування та опиняється у гірших умовах для свого розвитку, це може бути причиною затримки внутрішньоутробного розвитку плода. При різкому порушенні рівноваги в системі плацентарного кровообігу один з близнюків (донор) поступово виснажується, помирає та муміфікується, перетворюючись в "паперовий" плід (fetus papiraceus). Нерідко у близнюка-реципієнта розвиваються багатоводдя та водянка, які обумовлені серцевою недостатністю.

Методи лікування СМП

1. Амніоредукція.

Амніоредукція є симптоматичним лікуванням і не припиняє дії патогенетичних механізмів СМП.

Метою видалення частини оплодненої рідини є:

- зменшення внутрішньоматкового тиску та зниження ризику ПП, що пов'язаний з багатоводдям;
- зниження тиску на судини пуповини плода-«донора» та покращення плодово-плацентарного кровотоку;
- зменшення тиску на плодову поверхню плаценти та покращення внутрішньо-плацентарної гемодинаміки (відкриття компенсаторних вено-венозних анастомозів низького тиску).

2. Амніоредукція з септостомією. Септостомія — це створення штучного отвору у міжамніотичній мембрані. Виконується під контролем УЗД голкою для амніоцентезу. Через зроблений отвір амніотична рідина від плода — «реципієнта» внаслідок різниці тиску потрапляє до амніотичної порожнини плода — «донора», що призводить до штучної нормалізації об'ємів оплодненої (амніотичної) рідини. Достовірної різниці у перинатальних наслідках між ізольованою амніоредукцією та амніоредукцією в поєднанні з септостомією немає, але септостомія може знижувати потребу повторних амніоредукцій на 18%. Септостомія не обов'язкова складова амніоредукції.

3. Лазерна коагуляція судинних анастомозів.

Показаннями до розродження у разі СМП є:

- термін вагітності понад 26 тижнів;
- відсутність доступних способів лікування або протипоказання до їх застосування;
- погіршення СМП (на тлі лікування чи очікувальної тактики);
- загроза загибелі одного з плодів за неможливості заварювання його пуповини (фетотид).

Виявлення невідповідного (дискордантного) росту плодів — НРП

- Оцінка темпів росту плодів при БВ здійснюється за допомогою УЗД в динаміці.

- Наявність затримки росту плода (плодів) (ЗРП) виявляють шляхом порівняння біометричних показників (поперечний розмір мозочка, міжтім'яний розмір та обвід голівки, обвід животика, довжина стегна) зі значенням 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності (від умовного 1-го дня останніх місячних). ЗРП — плід, розміри якого менше значення 10-ї перцентилі для визначеного терміну вагітності.
- Невідповідність (дискордантність) передбачуваних мас плодів слід оцінювати за допомогою двох або більше біометричних параметрів під час кожного УЗД (оцінка різниці у рості плодів).

НРП оцінюють за формулою:

$$\text{НРП} = (\text{Передбачувана маса більшого плода} - \text{Передбачувана маса меншого плода}) / (\text{Передбачувана маса більшого плода}) \times 100\%.$$

Інтерпретація показника НРП:

- менше 10% — плоди відповідні (конкордатні);
- 10–20% — фізіологічна невідповідність;
- більш 20% — невідповідність, що має клінічне значення (патологічна невідповідність).
- Наявність НРП більше 20% є провісником можливої затримки росту меншого плода.
- У разі виявлення НРП більше 20% вагітна має бути скерована у заклад III рівня надання перинатальної допомоги або іншого закладу охорони здоров'я, що має відповідних фахівців та технічні можливості, незалежно від його форми власності.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник (ВУЗ III — IV р.а.) / Б. М. Венцківський, І. Б. Венцківська та ін.; під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького. «Медицина». 2012. — 648с.
2. Акушерство и гинекология. / Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Eleven Edition / Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
3. <https://almostadoctor.co.uk/about>. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
4. http://www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
5. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Ранні гестаційні ускладнення. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Преeklampsia. Eklampsia

РАННІ ГЕСТАЦІЙНІ УСКОДНЕННЯ

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

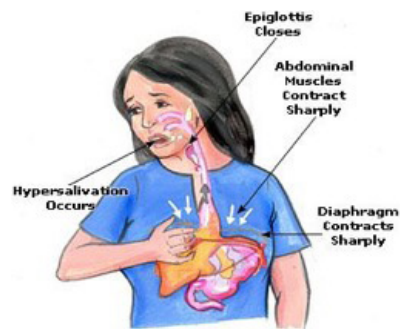
- дерматози вагітних;
- холестатичний гепатоз вагітних;
- гострий жировий гепатоз вагітних;
- хорей вагітних;
- остеомаліяція;
- бронхіальна астма при вагітності.

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: (дрібно 5–6 разів на добу) рясне пиття, вітамініотерапія.
- **При блюванні вагітних середнього і важкого ступенів показана госпіталізація до стаціонару, призначення інфузійної дезінтоксикаційної терапії та медикаментозного лікування**

ІНФУЗІЙНА ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ

- **Кристаліди** (ізотонічний р-н NaCl 0,9%, розчини Рінгера Локка, трисоль, реосорбілакт, іоностеріл)

- **Замінники плазми** (стерофундін 500мл)
- **Альбумін 20%** (при зниженні концентрації білка менше 40г/л)
- **Парентеральне харчування:** низькоконцентрована глюкоза 5% 500мл + вітамін С 5% 2 мл; амінокислоти — аміноплазмаль-гепа 500мл, інфузол (250мл) 500–750 мл/добу
- **Показана доцільність застосування протиблювотних засобів** — ондансетрону (селективного блокатора рецепторів серотоніну) при стійкій блювоті вагітних, або метоклопраміду.

СЛИНОТЕЧА ВАГІТНИХ

Слинотеча (ptyalismus) — гіперсалівація спостерігається при блюванні, а іноді буває і самостійним проявом раннього гестозу.

Клініка — кількість слини при гіперсалівації може досягати 1,0 л за добу. Слинотеча не спричиняє тяжких порушень в організмі, але пригнічує психіку хворих, викликає мацерацію шкіри і слизової оболонки губ.

Лікування — проводять аналогічне лікування, як при блюванні. З метою зменшення секреції слинних залоз призначають внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу. Полоскання порожнини рота настоєм шалфею, м'яти, ромашки, кори дубу та іншими засобами, що мають в'яжучі властивості.

ДЕРМАТОЗИ ВАГІТНИХ

Дерматози вагітних — захворювання шкіри під час вагітності. Розповсюдженість складає 1 випадок на 200 вагітностей

Патогенез — функціональний дисбаланс між корою і підкіркою, що супроводжується порушеннями іннервації шкіри, метаболічними, гемомікроциркуляторними змінами в ній.

Клініка — проявляється у вигляді свербіння шкіри, рідше у формі екземи, кропивниці, еритеми, папульозних висипів. Захворювання не впливає на стан плода.

Лабораторна діагностика — на підставі виявлення комплексу в базальній мембрані епідермісу.

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

ХОЛЕСТАТИЧНИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Виникає в різні терміни вагітності, виникає у 1 на 2000 вагітних жінок.

Патогенез:

- Зміни метаболізму ліпідів під час вагітності пов'язані з пригніченням функції ліпази під впливом естрогенів та гіперінсулінемії.
- Гальмуючий вплив прогестерону на жовчовидільну функцію холангіол.
- Збільшення продукції холестерину.
- Зниження тонуусу жовчовивідної системи, наростання в'язкості жовчі.

Клініка: інтенсивний свербіж шкіри, жовтяниця

Діагностика:

- Підвищений вміст білірубіну в крові (до 90 ммоль/л).
- Зростає рівень лужної фосфатази.
- Помірний лейкоцитоз,
- Нейтрофілоз,
- Підвищення ШОЕ

Лікування:

- Дієта № 5
- Препарати урсодезоксихолевої кислоти.
- Гепатопротектори.
- Системні кортикостероїди.
- Ентеральні сорбенти

ГОСТРИЙ ЖИРОВИЙ ГЕПАТОЗ ВАГІТНИХ

Розповсюдженість 1 на 100000 вагітних і характеризується надзвичайно гострим початком і високою материнською смертністю (70–90%).

Клініка — за клінічним перебігом виділяють дві стадії. Дожовтянична — супроводжується болем в животі, слабкістю, головним болем, нудотою, виснажливою печією, свербінням шкіри. Жовтянична — наростають симптоми інтоксикації, печінкової та ниркової недостатності, енцефалопатії.

Лабораторна діагностика: гіпербілірубінемія (до 100 ммоль/л) лейкоцитоз, зсув формули крові вліво, підвищення лужної фосфатази та печінкових ферментів (АЛТ АСТ збільшуються у 5 разів), гіперурикемія, респіраторний алкалоз, метаболічний ацидоз. Морфологічно виявляється виразна жирова дистрофія гепатоцитів при відсутності ознак їх некрозу.

Лікування: негайне переривання вагітності, дезінтоксикаційної терапії, введенні білкових та ліпотропних засобів, застосування гемодіалізу.

ГІПЕРТЕНЗИВНІ СТАНИ У ВАГІТНИХ

Гіпертензивні стани у вагітних — поняття, що об'єднує різні клініко-патогенетичні типи артеріальної гіпертензії:

- **Внаслідок хронічного захворювання нирок**
- **Есенціальна гіпертензія;**
- **Гестаційна гіпертензія (ГГ) та прееклампсія** у нормотензивних до вагітності жінок, підвищення артеріального тиску індукується самою вагітністю, так звані гестаційні форми.

Структура гіпертензивних розладів під час вагітності:

- гестаційна гіпертензія — 43%,
- прееклампсія — 27%,
- есенціальна гіпертензія — 19%,
- прееклампсія що нашарувалася на попередню гіпертензію — 7%,
- 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 прееклампсії 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 артеріол 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; • Гіпоперфузія; 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. простаглініна 3. антитромбіна III 4. фактору Віллебранда. • 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 $\geq$ 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 з 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 післяпологовому періоді. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.

Преєклампсія (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 преєклампсія (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 преєклампсія 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.

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

Ознаки преєклампсії:

- **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 $100 \times 10^9 / л$;
- Підвищення рівня трансаминаз (АсАТ або АлАТ вище 70 МО/л)
- HELLP-синдром

АНАМНЕСТИЧНІ МАРКЕРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ:

Сімейний анамнез	• Вік $\geq$ 40 років • Сімейна преєклампсія • 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 $\geq$ 90 мм.рт.ст.) • Аутоімунні розлади • Спадкові тромбофілії • Підвищений рівень тригліцеридів • Цукровий діабет • Хвороби нирок • Шкідливі звички • ІМТ $\geq$ 35 кг/м² • Попередній викидень < 10 тижнів
Теперішня вагітність	• Багатоплідна вагітність • Кровотеча у ранньому терміні • Інтервал між вагітностями $\geq$ 10 років або < 2 років • САТ $\geq$ 130 або ДАТ $\geq$ 80 мм.рт.ст. • ДРТ • Трофобластична хвороба • Інфекції
Біохімічні та клінічні маркери	I триместр: • Мікроальбумінурія • Аномальні рівні скринінгових маркерів (РАРР, 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 прееклампсії/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

- **З боку сечо-видільної 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.
- **З боку системи травлення:** ↑ трансаміназ в сироватці крові, блювання, гострий біль у епігастрії та/або у правому верхньому квадранті.
- **З боку системи крові:** тромбоцитопенія <100*10⁹/л, гемоліз: шизоцити або фрагменти еритроцитів, ↑ білірубину, ↑ лактатдегідрогенази > 600mlU / л, порушення гемостазу.
- **З боку ЦНС та органів зору:** гіперрефлексія, постійний головний біль, погіршення зору (розмиття або мерехтіння перед очима).
- **З боку серцево-судинної системи:** серцева недостатність, набряк легенів.
- **З боку плода:** ЗРП + гіпоксія

ПЕРЕЛІК ОБСТЕЖЕНЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМ

Обов'язкові лабораторні обстеження:

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

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 (STV)
- 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
7. Відсутність артефактів при закінченні запису

ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Показанням до призначення антигіпертензивної терапії під час вагітності є: **діастолічний тиск ≥ 100 мм.рт.ст., систолічний тиск ≥ 150 мм.рт.ст.**

Мета лікування — досягнення максимального зниження сумарного ризику розвитку перинатальних ускладнень за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня АТ 140/90 мм рт. ст. (у пацієнтів з хронічною хворобою нирок цільовий рівень АТ становить 130/80 мм.рт.ст.), ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Покази до госпіталізації: АТ>150/100 мм.рт.ст

Гіпотензивна терапія:

α2-адреноагоністи — метилдофа, клонідін.

β-адреноблокатори — лабеталол (з властивостями α-адреноблокатора), атенолол, піндолол, окспренолол.

Антагоністи кальцію — ніфедипін, верапаміл.

Міомоторні вазодилататори — гідралазін, нітропрусид натрію.

α1-адреноблокатори — урапіділ

Препарати I ряду з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку ускладнень (β-адреноблокатори, антагоністи кальцієвих каналів) та їх комбінації. При неможливості нормалізації АТ за допомогою препаратів I ряду додатково призначають

Препарати II ряду — блокатори периферійних рецепторів, при резистентної гіпертензії використання клонідину або гліцерола тринітрату (нітрогліцерин).

У жінок з важкою ПЕ рекомендовано проведення профілактичної *протисудомної магnezіальної терапії*.

Сульфат магнію — застосовується виключно для попередження або лікування судомного нападу у разі приєднання прееклампсії/еклампсії, знижує АТ завдяки загальноослаблювальній дії.

Мета — підтримка концентрації іонів магнію в крові вагітної для профілактики судом.

Стартова доза — 16 мл 25% р-ну магнію сульфату (4 г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду

- при АТ > 160/110 або клінічних ознаках тяжкої прееклампсії (головний біль
- біль в епігастрії, блювання, порушення зору — за 10–15 хв.
- при судамах — за 5 хв.**
- при повторі судом — ½ дози (2 г) за 5 хв.

Підтримуючий режим — 1 г сухої речовини магнію сульфату на годину 30 мл 25% р-ну магнію сульфату (7,5 г) + 220 мл 0,9% розчину натрію хлориду (1 г/год. = 10 крапл./хв. = 0,5 мл/хв). Не припиняти введення магнію сульфату під час розродження!!! Макс. добова доза — 32 г магнію сульфату

Критерії закінчення магнезіальної терапії:

- припинення судом;
- відсутність підвищеної збудливості ЦНС;
- нормалізація АТ;
- нормалізація діурезу.

Клінічні ознаки токсичності сульфату магнію: зниження частоти дихання; пригнічення колінних рефлексів; розвиток АВ — блокади. *При передозуванні магнію сульфату — припинити введення магнію сульфату та в/в ввести 10 мл 10% р-ну кальцію глюконату за 10 хв.!!! ЧД < 16; кількість сечі < 10 мл/год — припинити інфузію магнію сульфату!*

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Жіноча консультація:

- Питання щодо пролонгування вагітності при ХАГ вирішується спільно акушером-гінекологом та терапевтом (кардіологом) з урахуванням даних обстеження та інформації про перебіг соматичного захворювання. Припинити інгібітори АПФ та БРА протягом 2 діб з моменту діагностики вагітності.
- Початкова терапія проводиться одним з рекомендованих антигіпертензивних препаратів

Моніторинг стану плода:

- У 28–30 та 32–34 тижнів проводять:
- ультразвукову фетометрію, визначають амніотичний індекс + доплерометрію пуповинної артерії, Рекомендувати використання біофізичного профілю (БФП) в рамках графіка тестування плода.

- При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консилиум.
- У жінок з ХАГ магнію сульфат може бути введений з метою нейропротекції плода в терміни менше або дорівнює 31 + 6 тижнів, якщо пологи мають бути протягом найближчих 24 годин.

Розродження:

Вагітні із тяжкою ХАГ повинні народжувати лише у медичних закладах III рівня. Жінкам із ХАГ, чий артеріальний тиск нижче, ніж 160/110 мм.рт.ст., з або без антигіпертензивного лікування, не рекомендовано розродження до 37 тижнів. Для вагітних жінок з неускладненою ХАГ, оптимальний термін розродження має бути визначений з 38 + 0 до 39 + 6 тижнів вагітності.

При наявності резистентної гіпертензії пропонують розродження після курсу глюкокортикостероїдів.

Клінічний супровід вагітних жінок з гестаційною артеріальною гіпертензією

Жіноча консультація:

- АТ повинен вимірюватися 2 рази на тиждень.
- Початкова терапія може розпочинатись з одного з антигіпертензивних препаратів: метилдопа, бета-адреноблокатори. Друга лінія антигіпертензивних препаратів ніфедипін та урапіділ.
- Вимірювання артеріального тиску та тест на протеїнурію 2 рази в тиждень
- Креатинін, електроліти, тромбоцити, трансамінази, білірубін (при АТ 150 / 100–159 / 109 мм.рт.ст.).
- Ніяких додаткових аналізів крові, якщо немає подальшої протеїнурії.

Потребує госпіталізації при АТ ≥ 160/110 мм.рт.ст

- При наявності резистентної гіпертензії можливе використання клонідину або гліцерола тринітрату.
- Цільовий рівень АТ має бути не < 150/80–100 мм.рт.ст.

Моніторинг стану плода:

- Не повторювати більше, ніж раз на тиждень, якщо результати моніторингу плода нормальні.
- Повторити якщо: жінка повідомила про зміну рухів плода; вагінальна кровотеча; абдомінальний біль; погіршення стану матері.

Розродження:

Вагітні із тяжкою ГГ повинні народжувати лише у медичних закладах III рівня. Після 37-го тижня, термін розродження згідно клінічної ситуації.

При наявності резистентної гіпертензії пропонують розродження після курсу глюкокортикостероїдів (за необхідності). Якщо АТ контролюється в межах цільових діапазонів зазвичай не обмежують тривалість другого періоду пологів. Якщо АТ не реагує на АГТ вирішити питання про оперативне розродження.

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПОМІРНОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Госпіталізація:

Для жінок з преєклампсією у терміні гестації 22+0–33+6 тиж рекомендовано проводити вичікувальне лікування, проте лише у медичних закладах, які здатні виходити передчасно-народженої дитини та забезпечити постійний моніторинг жінки в умовах ВАІТ.

Критерії початку АГТ: АТ $\geq 150/100$ мм рт. ст., при наявності додаткових ознак тяжкості ПЕ початок гіпотензивної терапії при АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст.

Початкова терапія може розпочинатись з одного з препаратів АГТ: метилдопа, бета-адреноблокатори та ніфедипін.

Цільовий рівень АТ має проведення антигіпертензивної терапії: САТ 130–150 мм рт. ст.; ДАТ 80–95 мм.рт.ст.

АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу.

Креатинін, електроліти, тромбоцити, трансамінази, білірубін (2–3 рази на тиждень).

Призначення глюкокортикостероїдів (ГКС) для жінок із ПЕ при терміні вагітності $\leq 34 + 6$ тиж з високим ризиком передчасних пологів 7 днів або більше після початкового курсу ГКС. Призначення ГКС можуть бути розглянуті для жінок які будуть розроджені за допомогою кесарева розтину при вагітності $\leq 38 + 6$ тиж.

Розродження:

- Жінок з помірною ПЕ після 37 + 6 тижнів, в умовах стаціонару не нижче II рівня.
- При помірній ПЕ при стабільному стані плода — консервативна тактика
- Якщо плануються вагінальні пологи при «незрілій» шийці матки, слід використовувати засоби підготовки ш/м.

КЛІНІЧНИЙ СУПРОВІД ВАГІТНИХ ЖІНОК З ТЯЖКОЮ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Госпіталізація до стаціонару III рівня.

- Розпочати протисудомну терапію (магнію сульфат).
- Початкова антигіпертензивна терапія на госпітальному етапі має починатись з ніфедипіну (у краплях або в капсулах), урапіділу парентерально або бета-адреноблокаторів парентерально.
- Цільовий рівень АТ має бути не нижче 150/100 мм.рт.ст.
- АТ повинен вимірюватися 4 рази на добу, або у залежності від клінічної ситуації.
- Креатинін, електроліти, тромбоцити, коагулограма, трансамінази, білірубін (3 рази на тиждень).
- **Моніторинг стану плода**
- Підвищена резистентність в судинах пуповини, вдвічі знижує відсоток успішних вагінальних пологів; при нульовому або реверсивному кровотоці показаний кесарів розтин;

Розродження

Протягом 24–48 годин після стабілізації гемодинаміки, при забезпеченні цілодобової доступності екстреної допомоги та адекватного моніторингу за станом матері та плода; в лікувальному закладі III рівня.

Можливість пологів через природні пологові шляхи повинна бути розглянута в усіх випадках ПЕ (враховуючи тяжку), при задовільному стані плода.

Кінцевий вибір методу розродження повинен ґрунтуватися на аналізі клінічної ситуації, станом матері плода, можливостей лікувального закладу, досвіду лікарів.

Метилергометрин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!

ПРОТОКОЛ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ/ЕКЛАМПСІЇ

- **Забезпечити положення жінки лежачи** при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст. на лівому боці під кутом 15–30° або ручне зміщення матки в лівий бік
- **Катетеризація периферичної вени**, катетер 16–18 G, а при АТ $\geq 180/100$ –110 мм.рт.ст. — катетеризація 2-х вен для введення магнію сульфату та урапіділу.
- **Збір крові з периферичної вени** для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлАТ), коагулограми (фібриноген, ПДФ, ПТІ, Д-дімер), резус-фактору (за відсутності), приліжкового тесту
- Обстеження СІТО! ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура — ЗАС (білок)
- **Викликати лікарів-консультантів** (терапевт, невропатолог, окуліст).
- **Магнію сульфат- попередження судом:** 16 мл 25% магнію сульфату (4г) + 34 мл 0,9% розчину натрію хлориду при АТ $>160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) — за 10–15 хв. при судамах — за 5 хв.**; при повторі судом — ½ дози (2 г) за 5 хв Макс. добова доза 1/2 32 г магнію сульфату Протипоказання до магnezіальної терапії: гіпокальціємія
- Діазепам 10–20 мг в / в, рутино не повинні використовуватися в якості протисудомних засобів у пацієнток з ПЕ та еклампсією. У пацієнток з еклампсією тільки в якості допоміжного седативного засобу при проведенні ШВЛ.
- Застосування тіопенталу натрію (вища разова 1,0 г та добова дози тіопенталу внутрішньовенно — 5,0 г) має розглядатися тільки як седація та протисудомна терапія в умовах ШВЛ.
- **Антигіпертензивна терапія.**
- **Монітування стану жінки + Монітування стану плода.**

Моніторування стану жінки при тяжкій пreeклампсії/еклампсії:

- **Оцінка АТ і ЧСС**
- **Контроль балансу рідини**
- **Моніторинг при введенні магнію сульфату:**
- При відсутності дихання — оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання — подача кисню через маску або канюлю 4–6 л/хв.
- При відсутності дихання — ШВЛ
- Сатурація O_2 , аускультация легень
- При еклампсії або при
- АТ $\geq 160/110$ — кожні 15 хв.
- При стабілізації АТ — кожні 4 год.
- Введення рідини 60–80 мл/год.
- Контроль діурезу та випитої рідини
- Контроль ознак набряку легень — аускультация, рентген легень.
- При діурезі ≤ 100 мл за 3–4 год. — катетеризація центральної вени + моніторинг ЦВТ
- Кожні 30 хв. — колінні рефлекси, ЧД
- Щогодини — АТ, ЧСС, діурез,
- Температура, неврологічний статус, сатурації O_2 (не нижче 95%)
- Кожні 24 год. — ЕКГ
- Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної

Моніторинг стану плода при тяжкій пreeклампсії

При обрані консервативного лікування тяжкої ПЕ рекомендується проведення наступних тестів:

- ультразвукова фетометрія та оцінка амніотичного індексу;
- кровоплин у маткових артеріях, артерії пуповини (у клінічних закладах III рівня додатково кровоплин у венозній протоці та середній мозковій артерії) (за показами).
- Рекомендовано щоденне проведення КТГ.
- У жінок з тяжкою ПЕ, повторити кардіотокографію, у будь-якому з наступних випадків: жінка повідомляє про зміну руху плода; вагінальна кровотеча; болі в животі; погіршення стану матері.
- При порушенні стану плода, подальшу тактику має вирішувати перинатальний консиліум.

HELLP-синдром

HELLP-синдром (Hemolysis Elevated Liver enzymes, Low Platelets) — гемоліз, підвищення печінкових ферментів, тромбоцитопенія. Термін запропонував L. Weinstein у 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 різучий 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 пreeклампсії**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 D

Уникати:

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

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківська І. Б. Екстремальні стани в акушерстві та гінекології. /Венцківська І.Б., Жабіцька Л. А., Загородня О. С. Наритник Т. Т., Леуш С. С., Поладич І. В., Проценко О. М. //Довідник — К.2017. — РА-Гармонія — 166 с.
2. Венцовский Б. М. Гестозы. / Венцовский Б.М. Запорожан В. Н., Сенчук А. Я., Скачко Б. Г. // Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство — 2005. — 312 с.
3. Стюарт Кемпбелл. Акушерство от десяти учителей. / Стюарт Кемпбелл, Лиз Кристоф. // Руководство для врачей — Медицинское информационное агентство — 2004–464 с.
4. Abalos E. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. / Abalos E, Duley L, Steyn DW // Cochrane Database Syst Rev — 2014 — Feb 6; 2: CD002252.
5. Burke SD. Soluble fms-like tyrosine kinase 1 promotes angiotensin II sensitivity in preeclampsia /Burke SD, Zsengeller ZK, Khankin EV. et al //J Clin Invest — 2016–126 — P. 2561.
6. Paré E. Clinical risk factors for preeclampsia in the 21st century. / Paré E, Parry S, McElrath TF, et al // J, Obstet Gynecol — 2014–124 — P. 763.

Плацентарна дисфункція. Затримка розвитку плода. Дистрес плода. Асфіксія новонародженого

Плацентарна дисфункція (ПД) — неспецифічний синдром, який розвивається при ускладненнях вагітності і характеризується комплексом функціональних і морфологічних змін в плаценті з порушенням росту і розвитку плода.

Етіологічні чинники

Ускладнення вагітності	Захворювання матері	Соціальні чинники
- Ускладнення вагітності - Гестози - Загроза переривання - Багатоплідна вагітність - Імуноконфліктна вагітність - Відшарування або передлежання плаценти - ЗВРП в анамнезі - Хромосомне та генетичне порушення	- Хронічна артеріальна - Цукровий діабет - Системні захворювання - Тромбофілії - Захворювання нирок - Захворювання матері - Анемії	- Недостатнє харчування - Куріння - Забруднення навколишнього середовища - Професійні шкідливості - Вік молодше 17 років і старше 35

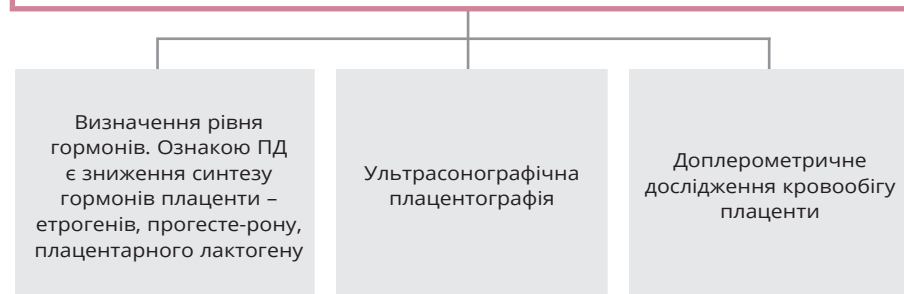
Класифікація

З урахуванням часу початку по відношенню до терміну формування плаценти	За перебігом	За станом захистно-приспосувальних реакцій
Первинна ПД – розвивається в ранні терміни вагітності, (до 16 тижнів), часто співпадає з вадами та припиненням розвитку плода; Вторинна ПД – розвивається після 16 тижнів вже при сформованій плаценті	Гостра ПД – виникає в будь-який термін вагітності і проявляється порушенням газообміну плаценти, що, в свою чергу, призводить до дистресу плода. Хронічна ПД – має тривалий перебіг, супроводжується розладами мікроциркуляції в плаценті, хронічним кисневим голодуванням плода	Відносна ПД (компенсована, субкомпенсована) – компенсаторні реакції в плаценті збережені, є можливість проводити лікування Абсолютна (некомпенсована, критична) – виснаження компенсаторних механізмів, виникає затримка росту і дистрес плода, може статися загибель плода

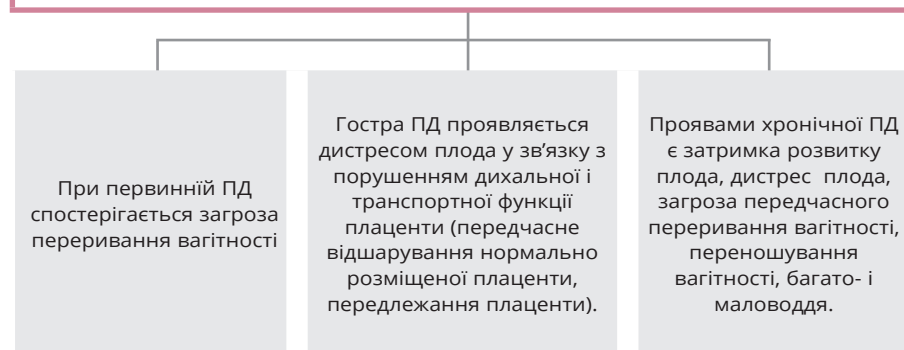
Патогенез

Фактори розвитку ПД	Фактори порушення МПК	Патологічні зміни при ПД
• недостатність інвазії трофобласта • патологічні зміни матково-плацентарного кровообігу (МПК) • порушення фетоплацентарного кровообігу (ФПК); • незрілість ворсинчастого дерева • зниження захисно-приспосувальних реакцій • ураження плацентарного бар'єра	• зниження притоку до міжворсинчастого простору • ускладненням відтоку з міжворсинчастого простору • змінами реологічних і коагуляційних властивостей крові сполучної тканини • розладами капілярного кровотоку в ворсинах хоріону	• зменшення матково-плацентарного кровотоку • зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода • зниження газообміну і метаболізму у фетоплацентарному комплексі • порушення процесів дозрівання плаценти • зниження синтезу і виникнення дисбалансу гормонів плаценти

Діагностика плацентарної дисфункції



Клінічна картина



Лікуванню підлягає тільки відносна (компенсована) форма ПД, при якій передбачено впливати на супутню екстрагенітальну та акушерську патологію.

Затримка розвитку плода (ЗРП) — ускладнення вагітності, яке розвивається в наслідок плацентарної дисфункції і призводить до народження дитини з масово-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності.

Малий для гестаційного віку (МГВ) плід відноситься до таких плодів, які не досягають специфічного біометричного або вагового порогу до відповідного гестаційного віку. Вагова перцентиль найбільш часто використовується для визначення МГВ.

Вагова перцентиль новонародженого і біометричних параметрів плода визначається за допомогою спеціальних діаграм (відповідність маси дитини при народженні і біометричних параметрів плода його гестаційному віку) — рис. 1 або табл. (табл. 1).

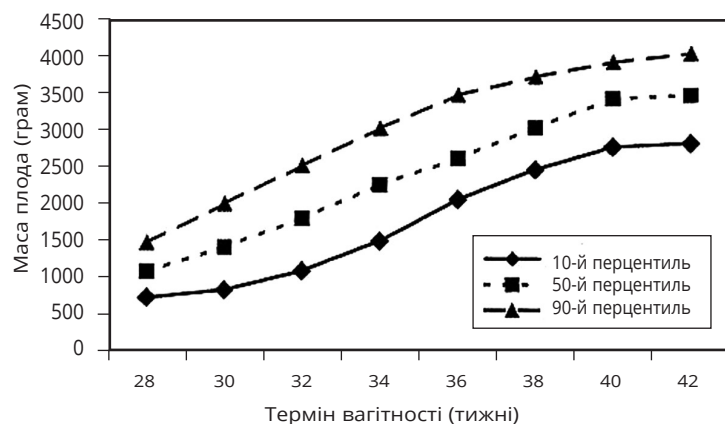


Рис. 1. Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності

Примітка. 10 перцентиль та менше відповідає малим для гестаційного віку плодам; 50 перцентиль — середнім (нормальним) за масою плодам; 90 перцентиль та більше — великим для гестаційного віку плодам (імовірність крупного плода).

Таблиця 1

Центильна оцінка фізичного розвитку новонародженого

10-й перцентиль	Значення перцентилей маси тіла, г		
	P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
Недоношений новонароджений			
34	898	1041	1205
35	1038	1199	1370
36	1178	1349	1526
37	1300	1483	1662
38	1403	1600	1791
39	1523	1737	1936
40	1645	1871	2072
41	1762	2008	2219
42	1885	2149	2359
43	2002	2289	2488
44	2131	2430	2627
45	2236	2552	2761
46	2325	2657	2893
Доношений новонароджений			
47	2500	2720	3070
48	2620	2880	3220
49	2750	3050	3410
50	2890	3220	3600
51	3030	3380	3780
52	3150	3530	3960
53	3270	3670	4120
54	3380	3800	4280
55	3450	3930	4460
56	3520	4040	4640
57	3550	4150	4840

Класифікація ЗРП

СИМЕТРИЧНА – маса і довжина плода пропорційно знижені, всі органи рівномірно зменшені у розмірах

АСИМЕТРИЧНА – зниження маси плода при нормальних показниках його довжини, непропорційні розміри

Фактори ризику ЗРП

Медичні

- хронічна артеріальна гіпертензія
- цукровий діабет
- аномалії пуповини та розташування плаценти
- системні захворювання сполучної тканини
- тромбофілії
- захворювання нирок
- багатоплідна вагітність
- крововтрата під час вагітності
- гіпертонічні розлади при вагітності
- перинатальні інфекції
- ЗРП в анамнезі
- хромосомні та генетичні порушення
- медикаменти (варфарин, фенітоїн)

Соціально-економічні

- недостатнє харчування
- тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків
- забруднення навколишнього середовища
- професійні шкідливості

Класифікація ЗРП

Визначення висоти стояння дна матки

на основі гравідограми

на основі приріста за тиждень (норма)

до 30 тижнів
0,7-1,9см

у 30-36 тижнів
0,6-1,2см

у 36 тижнів і більше
0,1-0,4см

Ультразвукова фетометрія, яка є інформативною з 20 тижня вагітності

БПР голівки

Довжина стегна плода

Діаметр грудей і живота

Моніторинг стану плода

1. проведення біофізичного профілю плода (БПП);
2. доплерометрія швидкості кровотоку у артерії пуповини (А)

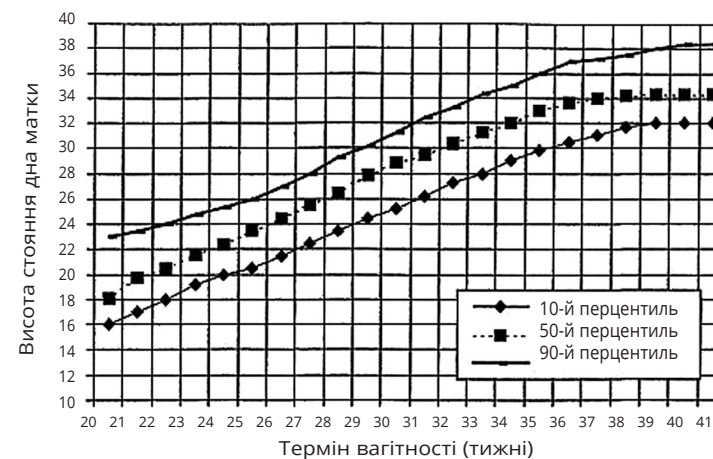


Рис. 2. Гравідограма

За даними УЗД виділяють три ступеня тяжкості ЗРП:

- I ступінь — відставання показників фетометрії на 2 тижні від гестаційного терміну;
- II ступінь — відставання на 3–4 тижні від гестаційного терміну;
- III — відставання більше ніж на 4 тижні.

Таблиця 2

Оцінка результатів визначення показників біофізичного профілю плода

Параметри	Бали		
	2	1	0
Нестресовий тест (реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ)	5 і більше акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	2–4 акцелерацій ЧСС амплітудою не менше 15 уд./хв., тривалістю не менше 15 с, пов'язаних із рухами плода за 20 хвилин спостереження	1 акцелерація або відсутність її за 20 хв. спостереження
Дихальні рухи плода (ДРП)	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю 60 с. і більш за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду ДРП тривалістю від 30 до 60 с. за 30 хв. спостереження	ДРП тривалістю менше 30 с. або їх відсутність за 3 хв. спостереження
Рухова активність плода	Не менше 3 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	1 або 2 генералізованих рухів за 30 хв. спостереження	Відсутність генералізованих рухів
Тонус плода	Один епізод і більше розгинань із поверненням у згинальне положення хребта та кінцівок за 30 хв. спостереження	Не менше одного епізоду розгинання із поверненням у згинальне положення за 30 хв. спостереження	Кінцівки в розгинальному положенні
Об'єм навколоплідних вод	Води визначаються у матці, вертикальний діаметр вільної ділянки вод 2 см і більше	Вертикальний розмір вільної ділянки вод більше 1 см, але не менше 2 см	Тісне розташування дрібних частин плода, вертикальний діаметр вільної ділянки менше 1 см
Оцінка БПП	7–10 балів — задовільний стан плода; 5–6 балів — сумнівний тест (повторити через 2–3 дні) 4 балів і нижче — патологічна оцінка БПП (вирішити питання про термінове розродження)		

Модифікований БПП оцінює тільки два параметри — нестресовий тест та індекс амніотичної рідини.

Діагностичні критерії доплерометрії:

- **Нормальний кровотік** — високий діастолічний компонент на доплерограмі по відношенню до ізолінії, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить не більше 3.

• Патологічний кровотік:

1. **Сповільнений кровотік** — зниження діастолічного компоненту, співвідношення амплітуди систоли до діастолі, становить більше 3.

2. **Термінальний кровотік** (свідчить про високу вірогідність антенатальної загибелі плода):

— **Нульовий** — кровотік у фазі діастолі припиняється (на доплерограмі відсутній діастолічний компонент)

— **Негативний (реверсний, зворотний)** — кровотік у фазі діастолі набуває зворотного напрямку (на доплерограмі діастолічний компонент нижче ізолінії).

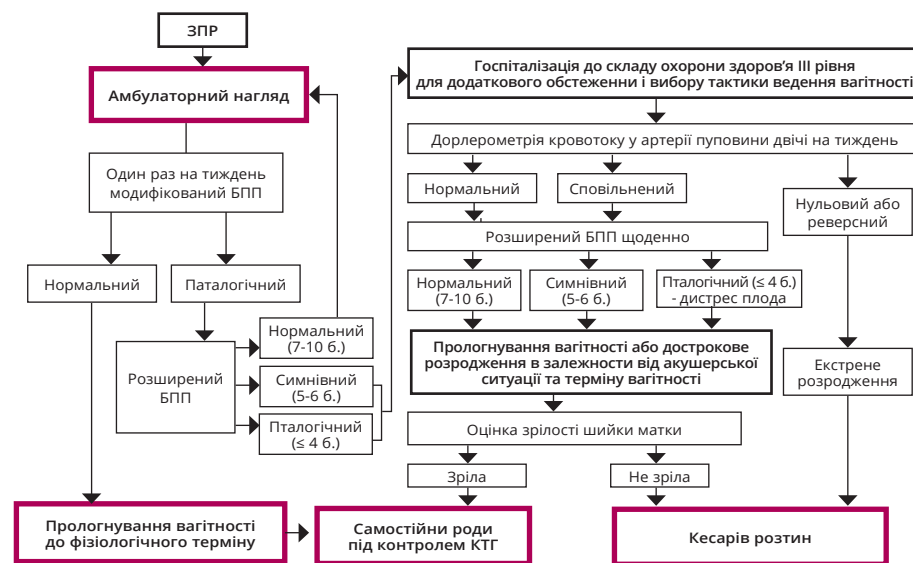


Рис 3. Алгоритм акушерської тактики при ЗРП

Тактика ведення вагітності з ЗРП (рис. 3).

1. Лікування захворювань вагітної, які призводять до виникнення ЗРП.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода:
 - 2.1. При нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода можливе амбулаторне спостереження та пролонгування вагітності до доношеного терміну.
 - 2.2. Госпіталізація вагітної акушерського стаціонару III рівня надання медичної допомоги здійснюється коли:

- патологічна оцінка БПП (4 бали і нижче);
- повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (5–6 б.);
- сповільнений діастолічний кровотік в артеріях пуповини;
- критичні зміни кровотоку в артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

2.3. При сповільненому діастолічному кровотоці у артеріях пуповини проводять дослідження БПП:

- за відсутності патологічних показників БПП проводять повторну доплерометрію з інтервалом у 7 днів;
- при наявності патологічних показників БПП, проводять доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.

Оскільки немає ефективного методу лікування ЗРП та дистресу плода (А), ключовим моментом у веденні таких вагітних є чітка оцінка стану плода та своєчасне розродження (А).

3. Погіршення показників плодового кровотоку (виникнення постійного нульового або реверсного кровотоку в артеріях пуповини) у терміні після 30 тижнів є показанням для розродження шляхом операції кесаревого розтину. У термін до 30 тижнів вагітності, зважаючи на глибоку функціональну незрілість плода, велику імовірність перинатальних втрат, питання про спосіб розродження вирішується індивідуально залежно від акушерської ситуації та поінформованої згоди вагітної.

Пологи

1. Розродження **через природні пологові шляхи** проводять (під кардіомоніторним контролем за станом плода) при нормальному або сповільненому кровотоці у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 б. і нижче).

2. Показанням для розродження **шляхом кесаревого розтину** є:

- критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний) — екстрене дострокове розродження треба проводити незалежно від терміну вагітності;
- гострий дистрес плода (брадікардія менше 100 уд/хв. та патологічні децелерації ЧСС) незалежно від типу кровотоку (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;
- патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки (після 30 тижнів вагітності).

Профілактика

1. Виявлення факторів ризику ЗРП та проведення динамічного контролю за пацієнтами цієї групи вагітних.

2. Дотримання вагітною режиму дня та раціональне харчування.

3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

Дистрес плода — це порушення його функціонального стану.

Етіологічні фактори дистресу плода

Передплацентарні	Плацентарні	Постплацентарні
• порушення оксигенації материнської крові (серцево-судинна і легенева патологія матері) • гемічна гіпоксія матері — анемії вагітних при Hb <100 г/л • циркуляторні порушення генералізованого характеру (гіпотонія вагітних, гіпертонічна хвороба, прееклампсія з переважно гіпергензивним синдромом) • Циркуляторні розлади в маткових судинах: — патологічні зміни спіральних артеріол в зоні плацентарної площадки як наслідок перенесених раніше запальних захворювань ендометрію та абортів; — оклюзивні васкулярні порушення спіральних артеріол в зоні плацентарної площадки і периферійний вагоспазм (пreeклампсія, переносування вагітності, діабетична ангіопатія)	• первинна плацентарна недостатність внаслідок порушення розвитку і дозрівання плаценти (мала плацента, дводольний послід, ангіоми і т. д.) • інфекційно-токсичні ушкодження плаценти в пізні терміни вагітності • відшарування плаценти	• перегинання пуповини (випадіння, здавлення, обвивання, вузол) • аномалії розвитку плода та патологія плода



ОСНОВНИМИ КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ДИСТРЕСУ ПЛОДА Є:

- 1) зміна характеру серцебиття (частота серцевих скорочень(ЧСС), зміна звучності тонів серця, аритмії);
- 2) зміна інтенсивності рухів плода;
- 3) поява меконію в навколоплідних водах (крім тазового передлежання);

ТАКТИКА НАГЛЯДУ ЗА СТАНОМ ПЛОДА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

- 1) Аускультация серцевої діяльності плода при кожному відвідуванні лікаря-акушера-гінеколога або акушерки.
- 2) При визначенні частоти серцевих скорочень більше ніж 170 уд/хв та менше ніж 110 уд/хв, що свідчить про дистрес плода, є потреба у проведенні оцінки біофізичного модифікованого, або розширеного біопрофілю плода.
- 3) При патологічному БПП проводиться доплерометрія кровоплину в артерії пуповини. При нормальному кровоплину в артерії пуповини необхідне повторне БПП через 24 години.
- 4) При патологічному кровоплину в артерії пуповини — госпіталізація до пологового стаціонару III рівня надання допомоги.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ З ДИСТРЕСОМ ПЛОДА (РИС. 4):

1. Лікування супутніх захворювань вагітної, які призводять до виникнення дистресу плода.
2. Поетапне динамічне спостереження за станом плода.

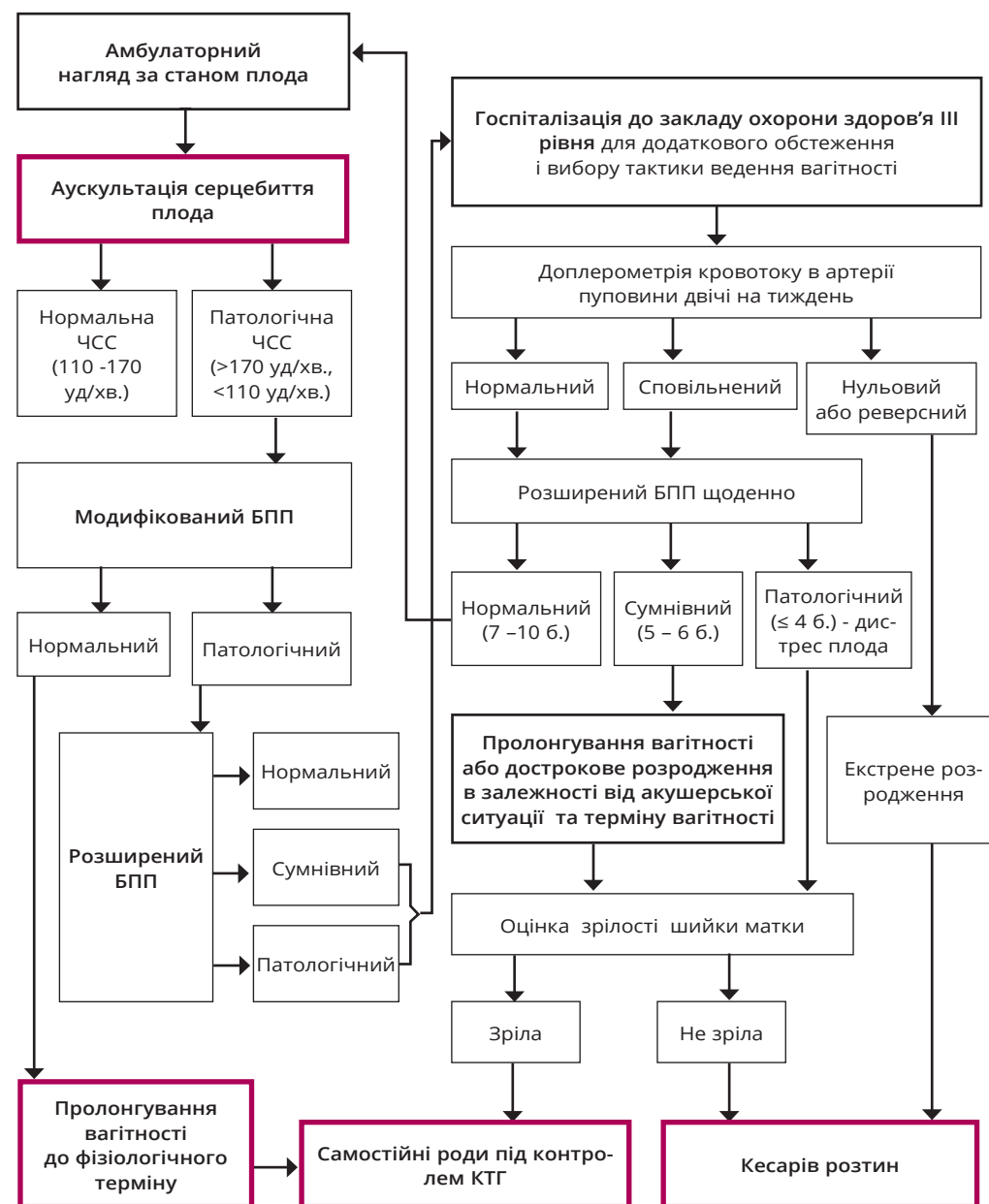


Рис 4. Алгоритм акушерської тактики при дистресі плода

3. Амбулаторне спостереження і пролонгування вагітності до доношеного терміну можливо при нормальних показниках біофізичних методів діагностики стану плода.
4. При сповільненому діастолічному кровоплину в артеріях пуповини слід провести дослідження біофізичного профілю плода (БПП):
 - при відсутності патологічних показників БПП необхідно провести повторну доплерометрію з інтервалом 5–7 днів;
 - при наявності патологічних показників БПП, слід проводити доплерометрію щонайменше 1 раз на 2 дні та БПП щоденно.
5. Виявлення погіршення показників плодового кровоплину (виникнення постійного нульового або негативного кровообігу в артеріях пуповини) є показанням для екстреного розродження шляхом операції кесаревого розтину.
6. Госпіталізація вагітної до пологового будинку чи відділення патології вагітних показана, коли:
 - патологічна оцінка БПП (6 балів і нижче);
 - повторна (через добу) сумнівна оцінка БПП (7–8 балів);
 - сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини;
 - критичні зміни кровоплину у артеріях пуповини (нульовий та реверсний).

ЛІКУВАННЯ

- До 30 тижнів вагітності лікування супутніх захворювань у жінки, які призвели до виникнення дистресу плода.
- Після 30 тижнів вагітності найбільш ефективним і виправданим методом лікування дистресу плода є своєчасне оперативне розродження (**А**).

РОЗРОДЖЕННЯ

1. Через природні пологові шляхи можливо при:
 - нормальному або сповільненому кровоплину у артеріях пуповини, якщо немає дистресу плода (оцінка БПП 6 балів і нижче);
2. Показанням для екстреного розродження шляхом кесаревого розтину після 30 тижнів вагітності є:
 - критичні зміни кровоплину в артеріях пуповини (нульовий та реверсний);
 - гострий дистрес плода (патологічні брадікардія та децелерації ЧСС) незалежно від типу кровоплину (нормальний чи сповільнений) у артеріях пуповини під час вагітності;
 - патологічний БПП (оцінка 4 б. і нижче) при відсутності біологічної зрілості шийки матки.

ПРОФІЛАКТИКА

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода та проведення динамічного контролю за пацієнтками цієї групи;
2. Дотримання режиму дня та раціональне харчування;
3. Відмова від шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю тощо).

ДИСТРЕС ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Ознаками дистресу плода під час пологів є:

- Патологічна частота серцевих скорочень (понад 170 уд./хв. або нижче 110 уд./хв.)
- Наявність густо забарвлених меконієм навколоплідних вод

ДІАГНОСТИКА ДИСТРЕСУ ПЛОДА ПІД ЧАС ПОЛОГІВ:

1. **Аускультация серцебиття плода** — визначення частоти серцевих скорочень за одну хвилину.

Методика аускультатії під час пологів

- Підрахування серцевих скорочень плода проводять за повну хвилину — кожні 15 хвилин протягом активної фази і кожні 5 хвилин протягом другого періоду пологів;
 - Обов'язково проводять аускультатію до і після перейми або потуги;
 - За наявності аускультативних порушень серцебиття плода проводять кардіотокографічне дослідження.
2. **Кардіотокографія (КТГ)** — синхронний електронний запис серцевого ритму плода і маткових скорочень упродовж 10–15 хвилин.
 - При аналізі КТГ оцінюють такі параметри: базальна ЧСС (БЧСС), варіабельність ЧСС (амплітуда і частота осциляцій), наявність і тип тимчасових змін БЧСС у вигляді прискорення (акцелерація) чи уповільнення (децелерація) серцевого ритму.
 - За наявності патологічних параметрів ЧСС, що свідчать про загрозовий стан плода, пропонується вести безперервний запис КТГ упродовж всього періоду пологів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- При нормальному стані плода для КТГ характерно: БЧСС у межах від 110 до 170 уд./хв. (нормокардія), варіабельність (ширина запису) — 10–25 уд./хв. з частотою осциляцій 3–6 цикл./хв. (хвилеподібний тип), наявність акцелерацій ЧСС та відсутність децелерацій.
- При дистресі плода у пологах на КТГ зазвичай виявляється одна чи кілька патологічних ознак: тахікардія чи брадикардія, стійка монотонність ритму (ширина запису 5 уд./хв. і менше), ранні, варіабельні та особливо пізні децелерації з амплітудою понад 30 уд./хв.

Таблиця 3

Оцінка результатів КТГ під час пологів та тактика ведення пологів

Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
I період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110–170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171–180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесарів розтин
	брадикардія	109–100	припустима	моніторинг ЧСС
		< 100	дистрес	кесарів розтин
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10–25	задовільна	спостереження
	звужена	5–9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3–4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	Кесарів розтин
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				

Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110–170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171–190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадикардія	109–90	припустима	моніторинг ЧСС
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10–25	задовільна	спостереження
		5–9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3–4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

Показанням для екстреного розродження є досягнення хоча б одним показником КТГ рівня, що свідчить про дистрес плода, що підтверджено записом на плівці.

3. Визначення меконію у навколоплідних водах при розриві плідного міхура:

Наявність густого меконію в амніотичній рідині у поєднанні з патологічними змінами серцевого ритму плода є показанням для термінового розродження при головному передлежанні плода

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ

1. Уникати положення роділлі на спині;
2. Припинити введення окситоцину, якщо він був раніше призначений;
3. Якщо причиною патологічної частоти серцебиття плода є стан матері необхідно провести відповідне лікування;
4. Якщо стан матері не є причиною патологічного серцевого ритму плода, а частота серцевих скорочень плода залишається патологічною на протязі трьох останніх перейм, треба провести внутрішнє акушерське дослідження для визначення акушерської ситуації та з'ясування можливих причин дистресу плода.
5. При визначенні дистресу плоду необхідне термінове розродження:
 - у першому періоді пологів — кесарів розтин;
 - у другому періоді:
 - при головному передлежанні — вакуум-екстракція або акушерські щипці;
 - при сідничному — екстракція плода за тазовий кінець.

ПРОФІЛАКТИКА

1. Виявлення факторів ризику дистресу плода в пологах та проведення динамічного контролю за станом плода в пологах;
2. Дотримання раціональної тактики ведення пологів.
3. Дотримання раціональних методів знеболювання

АСФІКСІЯ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Асфіксія новонародженого є синдромом, при якому відбувається порушення газообміну, що супроводжується гіпоксією, гіперкапнією і ацидозом.

Етіологічні чинники	
Центральні причини, що супроводжуються первинним пригніченням дихальних центрів	Периферичні причини, зумовлені порушенням надходження кисню до мозку плода відразу після його народження
• дистрес плода • незрілість ЦНС плода • травми ЦНС плода • фармакологічна депресія	• непрохідність дихальних шляхів у результаті аспірації вод, меконію, крові, обривків плодових оболонок • анатомічна чи функціональна незрілість легень плода • дисфункція серцево-судинної системи плода (врожені вади серця, гіповолемія, шок, затримка перебудови фетального типу кровообігу в позаутробний тип) сполучної тканини • важка анемія плода • вроджені аномалії (атрезія хоан, діафрагмальні грижі (кили) і т. д.)

Патогенетичні зміни при асфіксії:

1. зниження у крові плода кисню,
2. розвиток респіраторного і метаболічного ацидозу,
3. пригнічення дихальних центрів,
4. подальше погіршення легеневої вентиляції,
5. наростання гемодинамічних і метаболічних розладів.



Таблиця 4

Шкала Апгар

Симптоми	Оцінка в балах		
	0	1	2
Частота серцевих скорочень	Відсутнє	Менше 100 за 1 хвилину.	100 і більше за 1 хвилину.
Дихання	Відсутнє	Слабкі неритмічні дихальні рухи	Адекватне, гучний крик
М'язовий тонус	Відсутній	Незначна флексія кінцівок	Добра флексія кінцівок, активні рухи
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель або чхання
Колір шкіри	Різка блідість або центральний ціаноз	Тулуп рожевий, ціаноз кінцівок	Рожеве забарвлення всього тіла і кінцівок

Ідеальна оцінка новонародженого — 10 балів, норма — 7–10 балів. Розрізняють середній (6–5 балів) і важкий (4–1 бал) ступінь асфіксії; 0 балів — це мертвонародження.

Таблиця 5

Діагностичні критерії ступеню важкості асфіксії новонародженого

Діагностичні критерії	Помірна або середньої важкості асфіксія	Важка асфіксія
Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар упродовж перших 5 хвилин	4–7 балів	0–3 бали
Наявність симптомів ураження ЦНС	1–2 стадія гіпоксично-ішемічної енцефалопатії	3 стадія гіпоксично-ішемічної енцефалопатії
Ознаки транзиторного порушення ще одного життєво важливого органу або системи	Можуть бути відсутніми	Дихальної, серцево-судинної, сечовидільної, травного каналу тощо щонайменше протягом перших 3-х днів
Метаболічний або змішаний ацидоз	pH менше 7,15 BE більше — 12 ммоль/л	pH менше 7,0 BE більше — 12 ммоль/л

ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО НАРОДИЛИСЯ В АСФІКСІЇ.

1-й етап — реанімація («ABC-кроки»: А — airways — відновлення прохідності дихальних шляхів, В — breathing — стимуляція або відновлення дихання, С — circulation — підтримання кровообігу);

2-й етап — посиндромна інтенсивна терапія;

3-й етап — реабілітація.

На сучасному етапі реанімацію новонароджених проводить неонатолог-реаніматолог.

РЕАНІМАЦІЙНІ ЗАХОДИ

Принципи:

- відновлення самостійного адекватного дихання і усунення гіпоксії;
- ліквідація порушень центральної і периферичної гемодинаміки;
- корекція метаболічних порушень;
- корекція енергетичного балансу.

Послідовність реанімаційних заходів при асфіксії середнього і важкого ступеня тяжкості.

Дихальна реанімація — звільнення дихальних шляхів. Дихальна реанімація проводиться в спеціальному приміщенні — одночасно проводять зігрівання дитини, ШВЛ (масочний кисень), оскільки дихання при цьому ступені тяжкості поверхневе, 30–40 подихів за 1 хвилину.

ПОКАЗАННЯ ДО ШВЛ МАСКОЮ

- Відсутнє або неадекватне самостійне дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30с після народження дитини.
- ЧСС 100 за 1 хвилину і подавання вільного потоку 100% кисню протягом щонайменше 10 хвилин незалежно від наявності і адекватності самостійного дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30с після народження дитини.
- Недостатній рівень оксигенації, незважаючи на наявність адекватного самостійного дихання.
- ЧСС > 100 за 1 хвилину і подавання вільного потоку 100% кисню протягом щонайменше 10 хвилин.

Інтубацію проводять, коли дихання дуже поверхневе або його немає взагалі. Показання до інкубації трахеї:

- Необхідність відсмоктати меконій або інший патологічний вміст із трахеї.
- Вентиляція легень маскою неефективна або довготривала.
- Потреба непрямого масажу серця.
- Підозра на наявність діафрагмальної грижі.

ПОКАЗАННЯ ДО НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ

ЧСС < 60 за 1 хвилину після 30с ШВЛ. Частота натискувань на грудину становить 90 за 1 хвилину. Проводять ритмічні надавлення вказівним і середнім пальцями правої руки на грудину в середній третині (на рівні сосків), на глибину 1–2 см. Якщо це неефективно, показано введення 0,01% адреналіну гідрохлориду 0,1–0,3 мл на 1 кг маси тіла у вену пуповини. Для нормалізації судинного об'єму крові за відсутності ознак покращання стану новонародженого, незважаючи на правильні і своєчасно виконані всі попередні етапи реанімації (включаючи введення адреналіну), а також на наявність можливої гіповолемії (блідність шкірио-слизових оболонок, слабкий пульс, брадикардія), показано введення 10 мл/кг 0,9% розчину натрію хлориду у вену пуповини. За наявності показань повторювати введення адреналіну внутрішньовенно через 3 хвилини.

РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИПИНЯЄТЬСЯ:

- Якщо серцева діяльність не відновлюється протягом 8–10 хвилин.
- Серцебиття ефективне, але дихання не відновлюється через 15–20 хвилин на ШВЛ (якщо дихання не відновлюється, є важке ураження головного мозку).

Всі реанімаційні заходи не запобігають розвитку постгіпоксичних станів: розумової, фізичної відсталості, інвалідизації дитинства.

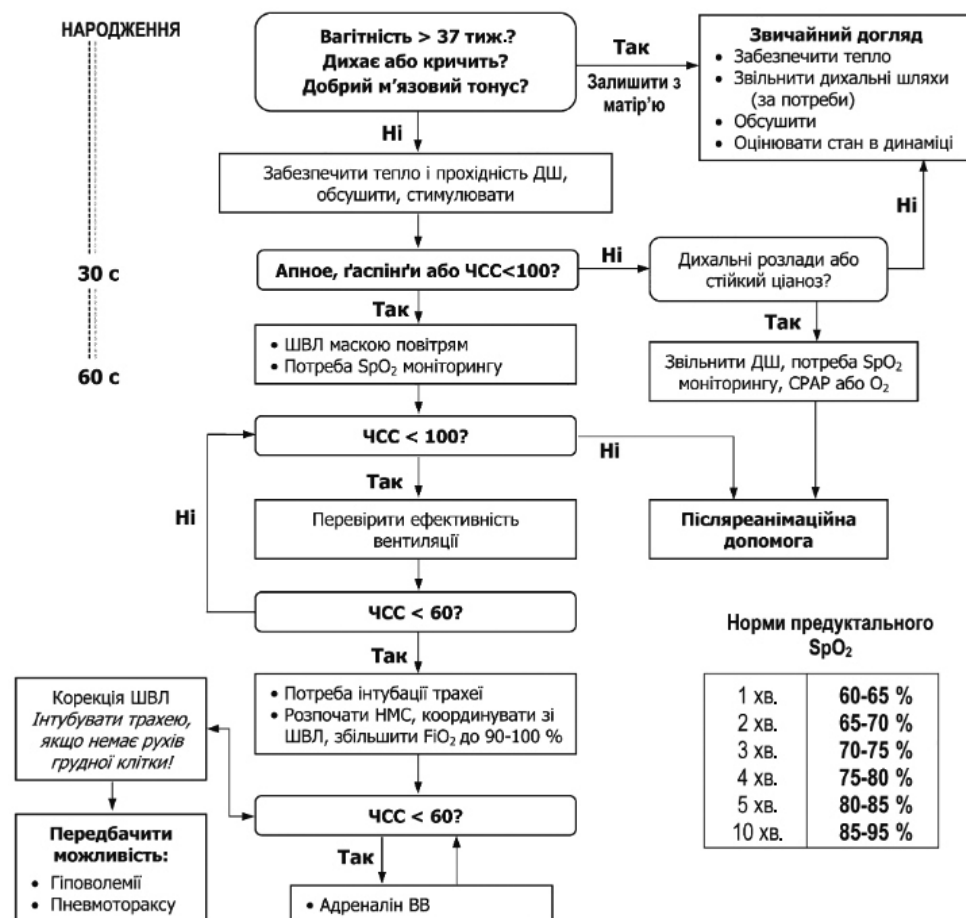


Рис. 5 Алгоритм реанімаційної допомоги новонародженому з терміном гестації >32 тижнів.

Примітки: ДШ — дихальні шляхи; ШВЛ — штучна вентиляція легень; SpO₂ — насичення гемоглобіну киснем; CPAP — постійний позитивний тиск у ДШ; O₂ — киснева терапія; ЧСС — частота серцевих скорочень; НМС — непрямий масаж серця; ВВ — внутрішньовенно.

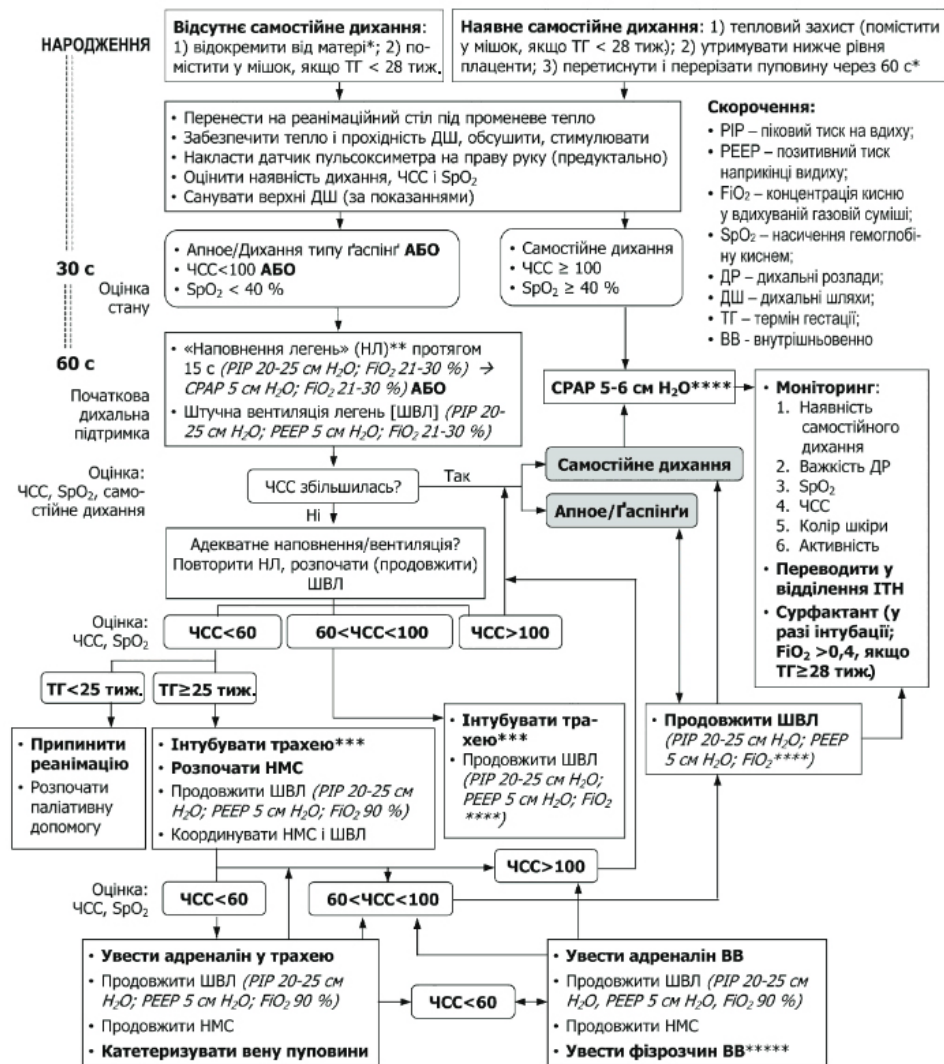


Рис. 6. Алгоритм реанімаційної допомоги новонародженому з терміном гестації < 32 тижнів

Примітки: * — швидко 3–4 рази «витиснути» кров, що міститься у пуповині, у напрямку до дитини, якщо з будь-яких причин очікування неможливе; ** — можливе лише за наявності реанімаційного пристрою з Т-подібним перехідником; *** — у разі інтубації трахеї показано профілактичне введення сурфактанту відразу після стабілізації стану дитини (прийнятні показники ЧСС і SpO₂ незалежно від наявності самостійного дихання); **** — додатковий кисень використовують відповідно до показань (знижена SpO₂ або стійкий центральний ціаноз); прийнятні показники SpO₂ визначають за таблицею алгоритму п. 4.1; ***** — за наявності показань.

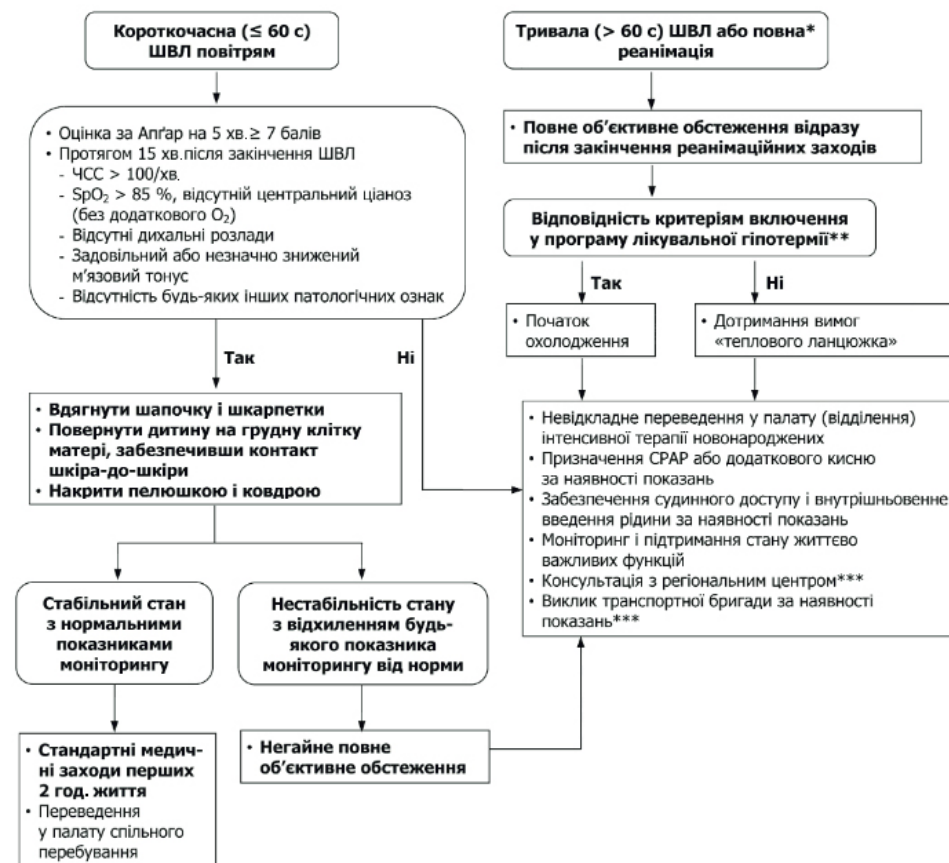


Рис. 7. Алгоритм післяреанімаційної допомоги новонародженому

Примітки: * — реанімація, що включала принаймні непрямий масаж серця або інтубацію трахеї; ** — за умови функціонування програми лікувальної гіпотермії новонароджених у регіоні; *** — у випадку народження дитини у закладі I-II рівня.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: 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.;
3. Запорожан В. М., Міщенко В. П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник.— Одеса: Одеський медуніверситет, 2005.— 292 с.
4. Норвіц-Еррол Р., Шордж Джон О. Наглядные акушерство и гинекология (перевод с английского).— М.: ГЭОТАР — МЕД, 2003.—141 с.
5. Патологічне акушерство: навчальний посібник (Венцківський Б. М., Камінський В. В., Грищенко В. В. та ін.).— К.: Чайка-Всесвіт, 2009.—300 с.
6. Сенчук А. Я., Вдовиченко Ю. П., Венцовский Б. М., Шунько Е. Е. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии.— К.: Гидромакс, 2006.— 368 с.
7. Підручник з реанімації новонароджених (Американська кардіологічна асоціація, Американська академія педіатрії, за ред. Роналда С. Блума).— Л.: «Свічадо», 1994.— 1024с.
8. <https://almostadoctor.co.uk/about>
9. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
10. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
11. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Невиношування вагітності. Самовільний аборт. Передчасні пологи



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

Аборт (викидень) — переривання вагітності в термін до 22 тижнів або масою плода до 500 грамів, незалежно від наявності або відсутності ознак його життя.

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

Класифікація за терміном переривання:

- ранній спонтанний аборт — спонтанне (самовільне) переривання вагітності (до 11 тижнів + 6 днів);
- пізній спонтанний аборт з 12 до 21 тижня + 6 днів;
- передчасні пологи з 22 повних до 36 тижнів + 6 днів (154–259 днів):
 - занадто ранні передчасні пологи — 22–27 тижнів;
 - ранні передчасні пологи — 28–33 тижні;
 - передчасні пологи — 34–36 тижнів + 6 днів.

Класифікація абортів:

- спонтанний аборт;
- аборт, що не відбувся;
- звичний аборт.

Класифікація спонтанного абортів за стадією розвитку:

- загрозливий аборт;
- аборт в ході;
- неповний аборт;
- повний аборт

Фактори ризику невиношування вагітності

- пізні менархе та тривалий період становлення менструального циклу;
- розлад менструального циклу;
- медичні аборти, особливо, перший аборт, їх ускладнення;
- безпліддя, особливо після лікування методами допоміжних репродуктивних технологій;
- наявність самовільного переривання попередніх вагітностей;
- перинатальні втрати в анамнезі;
- патологічний перебіг попередніх вагітностей;

- запальні захворювання статевих органів;
- доброякісні пухлини матки;
- гінекологічні операції в анамнезі;
- алергічні захворювання полівалентного характеру;
- шкідливі звички (куріння);
- вплив тератогенів (інфекції, токсичні речовини, ліки);
- дефіцит фолієвої кислоти
- провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження, coitus).

Етіологія невиношування вагітності

Материнські причини:

- *ендокринні* — гіпофункція яєчників, гіперпролактинемія, гіперандрогенія яєчникового, наднирикового, змішаного генезу, тіреопатія, інші;
- *анатомо-функціональні* — вади розвитку статевих органів, істміко-цервікальна недостатність, дефекти матки (внутрішньоматкові синехії, патологія рецепторного апарату, гіоплазія матки, аномалії розвитку матки), пухлини матки та яєчників;
- *інфекційні* — інфікування бактеріальними, вірусними, паразитарними та умовно-патогенними мікроорганізмами;
- *імунологічні* — аутоімунні процеси (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак й інші аутоімунні захворювання), алоїмунні процеси (ізоантигенна несумісність крові матері та плода за резус-фактором та антигенами системи АВО, сенсibiliзація за фетальними антигенами), імунодефіцитні процеси; тромбофілії — спадкові порушення гемостазу; екстрагенітальна патологія.

Плодові причини:

- хромосомні аномалії- найбільш часті хромосомні порушення — трисомія, моносомія, триплоїдія, тетраплоїдія;
- генетичні фактори.
- Чоловічий фактор.
- Патологія вагітності:
- важкі форми гестозів, шийкова вагітність, міхурцевий занесок.

Соціально-середовищні фактори:

- екологічні (радіація, хімічне забруднення повітря, інші);
- вік матері (до 18 і після 30 років);
- несприятливі умови життя (незбалансоване харчування, дефіцит вітамінів тощо);
- професійні і виробничі шкідливості (температурні, шумові, вібраційні, хімічні, радіаційні);
- шкідливі звички.(алкоголізм, наркоманія, куріння).

Нез'ясовані причини.

	Загрозливий аборт	Аборт в ходу	Аборт, що не відбувся
Клініка	• тягнучий біль в нижніх відділах живота, у II триместрі біль може мати переймоподібний характер • скудні або помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів • затримка місячних	• тягнучий біль в нижніх відділах живота (у II триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного • кров'яністі виділеннями зі статевих шляхів здебільше у великій кількості	• зникненням суб'єктивних ознак вагітності • іноді кров'яністі виділення підвищення температури тіла
Діагностика			
Огляд у дзеркалах	• зовнішнє вічко закрито • скудні або помірні кров'яністі виділення	• 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)	• шийка матки сформована • зовнішнє вічко закрито
Бімануальне піхове дослідження	• матка легко збудлива, її тонус підвищений • розміри матки відповідають терміну вагітності	• тонус матки підвищений • розмір матки відповідає строку вагітності • цервікальний канал пропускає палець або декілька пальців (залежить від терміну вагітності)	• розміри матки менше терміну гестації • шийки матки закрита
УЗД	• локальне потовщення міометрію у вигляді валика, що випинається у порожнину матки; • деформація контурів плідного яйця, його вдавнення за рахунок гіпертонусу матки; • наявність ділянок відшарування хоріону чи плаценти.	• повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів) • наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів)	5-6 тижнів: • невідповідність розмірів плодового яйця терміну гестації • не візуалізується жовточний мішок • не візуалізується ембріон 7-8 тижнів: • відсутність серцевих скорочень ембріону 9-12 тижнів: • невідповідність розмірів ембріону терміну гестації • відсутність серцевих скорочень та рухів ембріону

	Загрозливий аборт	Аборт в ходу	Аборт, що не відбувся
Тактика ведення	Визначення життєздатності ембріона/плода та подальшого прогнозу вагітності на підставі критеріїв сприятливого (сонографічних та біохімічних ознак) чи несприятливого прогнозу даної вагітності. Препарати прогестерону: • масляний розчин прогестерону; • мікронізований прогестерон - утрожестан; • синтетичні похідні прогестерону. Токоліз після 15-16 тижня вагітності: <i>бета-адреноміметики</i> (гініпрал 10 мкг) на 500 мл ізотонічного розчину натрія зі швидкістю 5-10 крапель за хв.; <i>гострий токоліз</i> – блокатор кальцієвих каналів ніфедіпін по 10 мг кожні 20 хвилин до зниження симптомів загрози пізнього аборт (сумарна добова доза не більше 100 мг), підтримуюча токолітична терапія по 10 мг 3-4 рази на день;	Негайна госпіталізація до гінекологічного стаціонару. Вагітність менше 16 тижнів: • вакуум аспірація або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку; стабілізацію гемодинаміки; патогістологічне дослідження видаленої тканини. Вагітність більше 16 тижнів: • <i>У разі відсутності значної кровотечі:</i> після спонтанного вигнання елементів плідного яйця проведення вакуум-аспірації або кюретажу стінок порожнини матки; використання утеротоніків; стабілізація гемодинаміки. • <i>У разі кровотечі при наявності умов:</i> евакуація вмісту матки; стабілізація гемодинаміки. • <i>У разі кровотечі при відсутності умов:</i> абдомінальне переривання вагітності. • <i>У разі кровотечі після вигнання або під час кюретажу</i> введення одного з утеротоніків: окситоцину, ергометрину, мізопростол	Діагноз вагітності, що не розвивається, в терміні 5 - 6 тижнів має бути підтверджено не менше ніж двома спеціалістами. За відсутності впевненості в діагнозі: • УЗД повторити через 5-7 днів • визначити динаміку рівнів ХГЛ. В разі підтвердження діагнозу – госпіталізація до стаціонару для термінової евакуації ембріональних/плодових тканин з порожнини матки хірургічним або медикаментозними методами.

	Неповний аборт	Повний аборт
Клініка	- біль різної інтенсивності в нижніх відділах живота (у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер) з посиленням в динаміці до інтенсивного та зменшенням в подальшому через експульсію плідного яйця; - кров'яністі виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості, переважно значні.	- тягнучий біль в нижніх відділах живота (може бути відсутній); - незначні кров'яністі виділення зі статевих бути відсутні) після експульсії
Діагностика		
Огляд у дзеркалах	- шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите; - кров'яністі виділення у великій кількості.	шийка матки сформована, зовнішнє — незначні кров'яністі виділення або відсутні.
Бімануальне піхвове дослідження	- матка м'якої консистенції; - розміри матки менше терміну вагітності; - різний ступінь розкриття шийки матки.	- матка щільна; - розміри матки менше терміну вагітності; - шийки матки закриті.
УЗД	- порожнина матки розширена >15 мм; - шийка матки розкрита; - плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної структури.	- порожнина матки розширена <15 мм; - цервікальний канал закритий (іноді — плідне яйце/плід не візуалізується) - залишки продукту запліднення в порожнині візуалізуються
Тактика ведення	Негайна госпіталізація до гінекологічного стаціонару. Обов'язкове звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням. За відсутності абсолютних показань до кюретажу або вакуум — аспірації, рекомендується надання пацієнтці можливості вибору метода звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічний або медикаментозний.	За відсутності скарг, кривотечі за даними УЗД немає необхідності матки. Контрольне УЗД через 1

Звичний аборт (викидень) — дві 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».

ВЕДЕННЯ ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ АБОРТОМ

- Обстеження жінок для визначення причин звичного невиношування починають після переривання вагітності, або під час наступної вагітності, якщо жінка звернулася після її настання.
- Обстеження повинно бути спрямоване на виявлення можливих причин невиношування, для виключення розладів у будь якій системі, або органі спостережуваної жінки.
- При встановленні етіологічного фактору невиношування проводять патогенетичне лікування, спрямоване на усунення патології, яка лежить в основі переривання вагітності.

ВЕДЕННЯ ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ АБОРТОМ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Антифосфоліпідний синдром — визначення наявності вовчакового антикоагулянту та антифосфоліпідних антитіл з використанням стандартних тестів.

- *Аспірин 75 мг/добу* — прийом аспірину починають як тільки тест на вагітність стає позитивним та продовжують до пологів.
- *Нефракціонований гепарин 5 000 ОД* підшкірно кожні 12 годин або низькомолекулярний гепарин у середній профілактичній дозі.

Інфекція у матері (зокрема TORCH інфекції, бактеріальні, вірусні, бактеріальний вагіноз та інші). Рекомендовано санацію екстрагенітальних вогнищ хронічної інфекції та лікування інфекцій генітального тракту, нормалізація біоценозу піхви.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) — не пов'язане зі скоротливою діяльністю матки мимовільне згладжування та розкриття шийки, що призводить до повторного переривання вагітності частіше в II триместрі. Накладання профілактичного чи лікувального шва на шийку матки в терміні 13–16 тижнів вагітності чи акушерського песарію.

Дефіцит ендогенного прогестерону до запліднення (недостатність лютеїнової фази, вилікуване безпліддя, вагітність внаслідок ДРТ), який виявляється також з настанням вагітності.

Рекомендовано застосування препаратів прогестерону.

Профілактика невиношування вагітності

- Своєчасне (поза вагітністю) виявлення факторів ризику невиношування вагітності.
- Обстеження, постановка на облік жінок груп ризику невиношування вагітності.
- Лікування жінок груп ризику невиношування вагітності відповідно до виявлених розладів.
- При необхідності за показаннями обстеження та лікування чоловіків (статевих партнерів) жінок з групи ризику невиношування вагітності.
- Прегравідарна підготовка жінок групи ризику невиношування.

- Адекватний нагляд та лікування з ранніх термінів вагітності при наявності у жінки факторів ризику невиношування.

Передчасні пологи — це пологи зі спонтанним початком, прогресуванням пологової діяльності або розродження за медичними показаннями із народженням плода масою більш 500 г у терміні вагітності з 22 тижнів до 37 тижнів.

Етіологія передчасних пологів

В термінах 22–27 тижнів причинами найчастіше є інфікування нижнього полюсу плідного міхура та його передчасний розрив, ІЦН.

В термінах гестації 28–33 тижні обумовлені різноманітними причинами: неправильне положення плода, передлежання плаценти, багатопліддя, багатоводдя, вад розвитку матки, імунологічні конфлікти при вагітності, пізні гестози, плацентарна недостатність, інфантилізм, екстрагенітальна патологія, інфекційні захворювання матері, негативний вплив навколишнього середовища, шкідливі звички, стреси тощо.



Класифікація передчасних пологів:

1. У відповідності з гестаційним віком новонародженого:

- 22–27 тижнів — дуже ранні передчасні пологи
- 28–33 тижні — ранні передчасні пологи — 34–36 тижні + 6 днів гестації — передчасні пологи

2. Залежно від тактики ведення:

- 22–23 тижні
- 24–34 тижні
- 35–36 тижнів

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

- Цервікометрія
- Визначення фетального фібронектину (fFN) у секреті шийки матки та піхви.

КЛІНІКА ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

- тягнучий біль в нижніх відділах живота та в крижах після 22 тижня вагітності, біль може мати нерегулярний переймоподібний характер, можлива дизурія; • поява помірних слизових або слизово — кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- поява водянистих виділень у разі передчасного вилиття навколоплідних вод.

Діагностика передчасних пологів

1. Фізикальне обстеження вагітної
2. Визначення ПРПО — візуальне виявлення витікання вод з цервікального каналу, за наявності сумнівів — застосування тесту
3. Загальноклінічне обстеження (загальний аналіз крові, сечі, визначення групи крові та резус фактору)
4. Бактеріологічне дослідження ректовагінального мазку на β -гемолітичний стрептокок
5. За наявності чинників ризику — обстеження на антифосфоліпідні антитіла та вроджені тромбофілії
6. УЗД з цервікометрією
7. КТГ — до 30 тижнів підтвердження наявності серцебиття у плода — після 30 тижнів — оцінка стану плода

Лікування передчасних пологів

- У разі ІЦН після 22 тижнів з невисоким рівнем доказовості рекомендують використання акушерського песарію
- У разі безсимптомного вкорочення шийки матки при одноплідній вагітності призначення натурального прогестерону в вагінальній формі дозволяє попередити ПП
- У разі регулярної пологової діяльності або ПРПО в терміни 24–32 тижні призначення токолітичної терапії доцільне лише на 48 годин для повного курсу стероїдної профілактики
- У гестаційні терміни 24–32 тижнів та невідворотності пологів магnezіальна терапія з метою нейропротекції
- У разі ПРПО в терміни 24–34 тижні очікувальна тактика протягом 5 днів дозволяє досягти максимальної зрілості плода з мінімальним ризиком його інфікування
- У разі ПРПО антибактеріальна терапія дозволяє попередити розвиток хоріомніоніту
- Призначення препаратів ендogenous прогестерону одночасно з токолітичною терапією дозволяє збільшити час до розродження
- Курс стероїдної профілактики в терміни 24–34 тижні з високим рівнем доказовості дозволяє попередити або зменшити тяжкість дихальних розладів
- В терміни 35–37 тижнів курс стероїдної профілактики є ефективним лише у разі програмованого розродження
- Призначення повторного курсу стероїдної профілактики має на меті не профілактику дихальних розладів, а попередження внутрішньошлункових крововиливів та некротичного ентероколіту

СХЕМА ТОКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

- **Гексопреналін** в дозі 10 мкг в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію доведено крапельно з швидкістю 20 крапель за хвилину або

- **Ніфедіпін** в дозі 10 мг сублінгвально кожні 6 годин не використовувати одночасно з бета-міметиками або
- **Антагоніст окситоцинових рецепторів**
- + **Індометацин** дозі 50 мг двічі на день ректально (до 30 тижнів)



СХЕМА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПРПО

Вагітним з ПРПО антибіотикопрофілактика призначається до 34 тижнів вагітності з моменту госпіталізації, в 35–37 тижнів — через 18 годин від моменту розриву оболонок.

- З метою антибіотикопрофілактики рекомендовані полусинтетичні пеніциліни широкого спектру дії.
- В якості антибіотиків резерву рекомендовані цефалоспорины II покоління.
- Вагітні з ПРПО, які мають інфекцію, потребують терапевтичних, а не профілактичних антибіотиків.
- Вагітні з ПРПО, які мають ідентифіковані інфекції статевих шляхів (наприклад, гонорея, хламідіоз, бактеріальний вагіноз), що не будуть усунені профілактичною схемою антибіотиків, повинні отримувати антибіотики, специфічно спрямовані на дану інфекцію

СХЕМА МАГНЕЗІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ:

- **активна фаза I періоду пологів:** — 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину та вводять внутрішньовенно крапельно протягом 1 години
- 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 400 мл фізіологічного розчину, цей розчин вводять внутрішньовенно крапельно із швидкістю 100 мл/годину протягом 4 годин
- **програмоване розродження в терміни 24–32 тижні:** — 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 200 мл фізіологічного розчину та вводять внутрішньовенно крапельно,
- 16 мл 25% магнію сульфату розчиняють в 400 мл фізіологічного розчину, цей розчин вводять внутрішньовенно крапельно із швидкістю 100 мл/год протягом 4 годин. Розпочати інфузію за 9 годин до початку операції, завершити за 4 години.

СХЕМА ІНТРАНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ БЕТАГЕМОЛІТИЧНИМ СТРЕПТОКОКОМ

- з початком пологів ампіцилін 2 г в/в, потім по 1 г в/в кожні 4 год до народження дитини.

СХЕМА СТЕРОЇДНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (ПРОФІЛАКТИКИ СДР ПЛОДА)

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



ОЧІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У РАЗІ ПРПО РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ ПРИ:

- Задовільному стані плода.
- Відсутності ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла $\geq 38^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз $> 15 \times 10^9$, тахікардія матері, тахікардія плода; патологічні виділення із матки, навколоплідні води з неприємним запахом або гнійні, позитивний С-реактивний білок якісним методом та більше 6мг/л кількісним методом). Наявність двох або більше симптомів дає підстави для встановлення діагнозу хоріоамніоніту.
- Відсутності протипоказань до вагінальних пологів.
- Відсутності інших медичних або акушерських ускладнень, які є показаннями до ургентного розродження. Ознаки інфекції або інші ускладнення вагітності є показанням для припинення очікувальної тактики та розродження відповідно до клінічної ситуації.

СХЕМА ПРЕІНДУКЦІЇ ПОЛОГІВ ДИНОПРОСТОНОМ

- Динопростон вводять в заднє склепіння піхви в дозі 1 мг. У разі відсутності пологової діяльності через 6 годин після I введення динопросту проводять повторний огляд:
 - При незрілій шийці матки та задовільному стані плода вводять 1 мг динопростону інтравагінально (друга доза).
 - При зрілій шийці матки починається індукція пологової діяльності окситоцином зранку о 6–7 годині.
- При відсутності пологової діяльності через 6 годин після другого введення динопросту проводять повторний огляд:
 - При зрілій шийці матки розпочинають пологозбудження окситоцином — зранку о 6–7 годині.
 - При незрілій шийці матки — розродження шляхом кесарського розтину у плановому порядку.

Профілактика передчасних пологів

- Визначення пацієнток груп ризику ПП
- Цервікометрія в 18–20 тижнів
- Призначення натурального прогестерону в профілактичній дозі вагінально
- Санація вогнищ інфекції
- Накладання терапевтичного шва на шийку матки у разі ІЦН до 22 тижнів за згодою жінки та рішенням консилиуму
- Виявлення та лікування екстрагенітальної патології
- Пропаганда здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України № 624 від 03.11.2008. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
2. Венцківська І. Б. Клініко-статистичні особливості занадто передчасних пологів / В. В. Біла, О. С. Загородня, С. С. Леуш // Здоров'є жінки. — 2012. — № 10 (76). — С. 86–88
3. Лакатош В. П. Передчасні пологи: протиріччя і сучасні реалії / В. В. Біла, Т. Т. Наритник, А. В. Аксьонова // Здоров'є жінки. — 2014. — № 7. — С. 10–19.
4. Венцківська І. Б. Передчасні пологи: патогенез, прогнозування, профілактика. І. Б. Венцківська, В. В. Подольський, В. В. Біла, О. С. Загородня // Методичні рекомендації. — Київ. — 2014. — с. 22.
5. Doyle L. W. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes / C. A. Crowther, P. Middleton 7. [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2011. — Iss. 10: CD007062. doi: 8. 10.1002/14651858.CD007062.pub2.
6. McNamee K. Thrombophilia and early pregnancy loss / K. McNamee, F. Dawood, R. G. Farquharson // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 26, N1. — P. 91–102.
7. <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/05/17.—Tocolytic-Treatment-in-Pregnancy.pdf>
8. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/chapter/Recommendations#mode-of-birth>
9. <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Antenatal-Corticosteroid-Therapy-for-Fetal-Maturation>

Вузький таз Неправильні положення та тазове передлежання плода. Розгинальні передлежання голівки плода

Раціональне ведення пологів при вузьких тазах, аномаліях передлежання та неправильних положеннях плода відноситься до найбільш важких розділів практичного акушерства в зв'язку з високою частотою пологового травматизму матері і плода, а також перинатальною смертністю порівняно з неускладненими пологами.

Актуальність даного питання зумовлена і підвищеною захворюваністю дітей та несприятливими віддаленими наслідками пологів у вигляді центральних паралічів, відставання розумового розвитку та ін. Серед материнських ускладнень важливо зазначити підвищену частоту передчасного розриву плодових оболонок, аномалій пологової діяльності, зтяжних пологів і зростаючої кількості оперативних розроджень.

Частота тазового передлежання 3–3,5% від загальної кількості вагітностей, найбільш часто зустрічається сідничне передлежання (70–75%), рідше — ніжне (25–30%). Неправильне положення зустрічається в 0,2–0,4% випадків, розгинальні передлежання — в 1% випадків.

Вузький таз

КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ШИФР ЗГІДНО МКХ-10:

O65	Утруднені пологи внаслідок аномалії тазу матері
O65.0	Утруднені пологи внаслідок деформації тазу
O65.1	Утруднені пологи внаслідок загальнорівномірнозвуженого тазу
O65.2	Утруднені пологи внаслідок звуження входу до тазу
O65.3	Утруднені пологи внаслідок звуження виходу та середнього діаметра тазу
O65.4	Утруднені пологи внаслідок невідповідності розмірів тазу і плода неуточнені
O65.5	Утруднені пологи внаслідок аномалії органів тазу матері
O65.8	Утруднені пологи внаслідок інших аномалій тазу матері
O65.9	Утруднені пологи внаслідок аномалії тазу матері неуточнені

Анатомічно вузький таз — таз, у якого один або всі розміри (діаметри) вкорочені не менше ніж на 1,5–2 см порівняно з нормою. Частота даної патології не перевищує 1–7% і частіше зустрічається у жінок малого зросту (<152 см).

Етіологія: перенесений рахіт, туберкульоз, травми, пухлини кісток тазу, порушення обміну макро — та мікроелементів в організмі.

КЛАСИФІКАЦІЯ АНАТОМІЧНО ВУЗЬКОГО ТАЗУ

Класифікація вузького тазу за ступенем звуження, за величиною істинної кон'югати (conjugata vera):

при I ступені	— 11–9 см;
при II ступені	— 9–7 см;
при III ступені	— 7–5 см;
при IV ступені	— < 5 см (абсолютно вузький таз)

- Класифікація тазу за формою звуження: включає типи тазів, що зустрічаються часто і рідкісні типи. Виділяють тази з деформацією та без деформації.

1. ЧАСТО ПОШИРЕНІ ФОРМИ ВУЗЬКОГО ТАЗУ

А. Звужений таз без деформації:

- Загальнорівномірнозвужений таз — пропорційно зменшені всі діаметри не менше, ніж на 1 см (аналог андроїдного тазу). Розміри: 24–26–28–18, C. diagonalis — 11 см, C. vera — 9 см
- Інфантильний, або дитячий
- чоловічого типу
- карликовий таз

Б. Звужений таз з деформацією:

- Плоский таз — зменшені прямі діаметри (аналог платипелоїдного тазу): простий плоский таз (нерахітичний, девентерівський) — зменшені всі прямі розміри. Розміри: 26–29–30–18, C. diagonalis — 11 см, C. vera — 9 см.
- Рахітичний плоский таз (плоскорахітичний) — зменшений лише прямий розмір площини входу при нормальних або збільшених прямих розмірах інших площин. Розміри: 26–26–31–17, C. diagonalis — 10 см, Vera — 8 см.
- Загальнозвужений плоский таз — комбінація загальнозвуженого і плоскорахітичного тазу. Розміри: 24–25–28–16, C. diagonalis — 9 см, Vera — 7 см.
- Таз із зменшенням прямого розміру площини широкої частини. Розміри: 26–29–30–20, C. diagonalis — 12,5 см, C. vera — 11 см.
- Поперечнозвужений таз (робертівський) — зі звуженням поперечних діаметрів при нормальних прямих діаметрах (аналог антропоїдного тазу). Розміри: 24(25)–25(26)–28(29)–20, C. diagonalis — 12,5 см, C. vera — 11 см.

2. РІДКІСНІ ФОРМИ АНАТОМІЧНО ВУЗЬКОГО ТАЗУ

Косозміщений та косозвужений (асиметричний) характеризується неправильною формою і має декілька різновидів:

- сколіотичний (розвивається при сколіозі у дівчаток)
- кіфотичний таз (розвивається при кіфозі у дівчаток)
- анкілотичний (розвивається при анкілозі крижово-клубових зчленувань)
- коксальгічний (розвивається при вродженому вивиху кульшового суглоба або кокситі).

Лійкоподібний таз — характеризується різким звуженням виходу з тазу.

Спонділолестетичний таз — розвивається в результаті сковзання V поперекового хребця разом з хребтом в сторону порожнини тазу.

Остеомаліатичний таз (спалій) — розвивається при розм'якшуванні кісток тазу, внаслідок чого крижі заглиблюються в порожнину малого тазу, крижова кістка вигнута під великим кутом, лоно стиснене й має форму дзьоба.

Таз звужений екзостозами і кістковими пухлинами.

Класифікація за формою площини входу в малий таз (Caldwell-Moley):

1. Гінекоїдний таз (нормальний жіночий таз).
2. Патологічні типи:
 - а. андроїдний (чоловічого типу)
 - б. антропоїдний (прямий розмір входу перевищує поперечний розмір)
 - в. платипелоїдний (плоский).

Класифікація аномалій кісткового тазу в залежності від рівня звуження:

- Звуження входу в малий таз — прямий діаметр входу в таз менший 10 см, або поперечний діаметр входу в таз менший 12 см
- Звуження порожнини малого тазу — прогностичне значення має поперечний розмір вузької частини порожнини малого тазу (відстані між сідничними остями) менше 10 см
- Звуження виходу малого тазу — поперечний діаметр виходу тазу (відстань між сідничними горбами) менше 8 см
- Загальне звуження малого тазу — аналог загальнорівномірно-звуженого тазу.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ АНАТОМІЧНО ВУЗЬКОГО ТАЗУ

Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнозвуженому тазі:

- вставлення голівки сагітальним швом в одному з косих розмірів
- максимальне згинання голівки плода, внаслідок чого голівка вступає в площину входу в малий таз розміром, меншим за малий косий (9см), ведуча точка — мале тім'ячко
- тривала крижова ротація голівки зі значною конфігурацією
- голівка набуває доліхоцефалічної форми
- розгинання голівки відбувається нижче ніж, ніж при нормальному тазі, у зв'язку з вузькістю лобкового кута.

Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі:

- вставлення голівки плода стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз
- невелике розгинання голівки
- асинклітичне вставлення голівки (передній асинклітизм)
- виразна конфігурація кісток голівки плода
- внутрішній поворот потилицею до переду (відбувається у вузькій частині малого тазу)
- розгинання голівки має затяжний характер.

Особливості біомеханізму пологів при плоскоракітичному тазі:

- тривале (протягом багатьох годин) високе стояння голівки стрілоподібним швом у поперечному розмірі входу в малий таз
- після опускання голівки в порожнину малого тазу ротація і розгинання голівки відбуваються значно швидше, майже як при «стрімких пологах».

Особливості перебігу пологів при анатомічно звуженому тазі:

- при I-II ступенях звуження за сприятливих обставин (активна пологова діяльність, малі розміри голівки плода, нормальне вставлення її, добра здатність голівки до конфігурації) — пологи живим доношеним плодом неможливі.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ ВУЗЬКОМУ ТАЗІ:

- передчасне або раннє відходження навколоплідних вод,
- випадіння пуповини,
- неправильне вставлення голівки,
- тривале стояння голівки в площині входу в малий таз і повільне просування по пологовому каналу,
- вторинна слабкість пологової діяльності,
- защемлення передньої губи шийки матки,
- затискання м'яких тканин між кістками тазу і голівкою з ризиком формування нориць,
- затримка сечовипускання,
- травми тазу (розходження симфізу),
- розрив матки,
- травми новонародженого.

АКУШЕРСЬКА ТАКТИКА ПРИ АНАТОМІЧНО ВУЗЬКОМУ ТАЗІ:

- при I-II ступенях звуження тактика може бути очікувальною
 - при виникненні ознак клінічно вузького тазу — кесарський розтин.
 - при III-IV ступенях звуження — кесарський розтин.
- Клінічно (функціонально) вузький таз — усі **випадки функціональної** невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

Клінічно вузький таз ускладнює від 2,4–7,2% пологів, частота цього ускладнення в структурі кесарського розтину складає 9,4–49%. У роділь з анатомічно вузьким тазом частота клінічно вузького таза складає 30%.

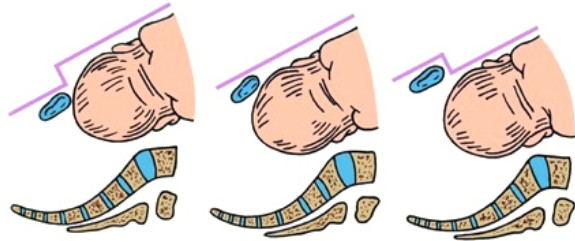
Діагностика клінічно вузького таза (можлива тільки з настанням пологів):

Не мають прогностичного значення (А):

- визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів;
- проведення клінічної, рентгенологічної, ультразвукової, комп'ютерної пельвіометрії;
- високе стояння голівки перед пологами.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ КЛІНІЧНО ВУЗЬКОГО ТАЗА:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода (лобне, передній вид лицьового передлежання);



- асинклітичні вставлення голівки плода (задньотім'яне, високе пряме стояння сагітального шва);
- переношена вагітність;
- гідроцефалія плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері

Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плідного міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скорочувальна діяльність матки.

Для встановлення відповідності між тазом матері і плода досліджують ознаку Генкель-Вастена та розмір Цангемейстера в процесі пологів.

Ознака Генкель-Вастена: **позитивна** — поверхня голівки знаходиться вище поверхні симфізу, або на одному рівні (нема відповідності між тазом і голівкою); **негативна** — поверхня голівки знаходиться нижче площини симфізу (є відповідність між тазом і голівкою).

Розмір Цангемейстера — відстань від надкрижової ямки до найбільш виступаючої над симфізом точки голівки, який порівнюють із зовнішньою кон'югатою.

- розмір менший зовнішньої кон'югати на 3 см — є відповідність між тазом і голівкою;
- розмір дорівнює зовнішній кон'югаті — відповідність між тазом і голівкою сумнівна;
- розмір більший зовнішньої кон'югати — нема відповідності між тазом і голівкою.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза(при наявності двох або більше ознак встановлюють діагноз):

- відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангемейстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- недостатнє прилягання шийки матки до голівки плода (нависання шийки матки);
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;
- симптоми здавлення сечового міхура.

Акушерська тактика при клінічно вузькому тазі

- Встановлений діагноз клінічно вузького таза є показанням до завершення пологів шляхом кесаревого розтину.
- За умови загибелі плода розродження проводять шляхом плдоруйнівної операції.
- Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

У післяпологовому періоді особливу увагу приділяють стану лобкового, крижового-клубового зчленувань, розходження яких є можливим при клінічно вузькому тазу.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник / Б. М. Венцківський [та ін.]; під ред. Б. М. Венцківського. К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 648с.
2. Акушерство: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, В. П. Лакатоша). — К.: ВСВ Медицина, 2012. — 648 с.
3. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В. І., Щербини М. О.)// Книга І Акушерство. — К.: Медицина, 2011. — 422 с.;
4. Запорожан В. М., Міщенко В. П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. — Одеса: Одеський медуніверситет, 2005. — 292 с.
5. <https://almostadoctor.co.uk/about>
6. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
7. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
8. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Аномалії передлежання плода

Нормальне передлежання плода — передній вид потиличного передлежання, при якому голівка при вході в малий таз проходить усі площини найменшим своїм (малим косим) розміром.

Задній вид потиличного передлежання та тазове передлежання є межовими між фізіологічним та патологічним.

До аномалій передлежання голівки плода належать:

- Розгинальні вставлення голівки
- Асинклітичні вставлення голівки
- Високе пряме та низьке поперечне стояння голівки

ТАЗОВЕ ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

Тазовим передлежанням плода називається таке, при якому тазовий кінець плода розміщується в площині входу чи над входом у малий таз.

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТАЗОВОГО ПЕРЕДЛЕЖАННЯ

Органічні:

- Вузькі тази
- Аномальна форма таза
- Вади розвитку матки
- Багатоводдя
- Пухлини в нижньому сегменті матки
- Багатопліддя
- Передлежання плаценти
- Недоношеність плода

Функціональні:

- Дискоординація пологової діяльності, яка призводить до перерозподілу тонуусу міометрію між дном, тілом та нижнім сегментом матки

КЛАСИФІКАЦІЯ

1. Сідничне передлежання (згинальне):
 - неповне або чисто сідничне (передлежать сіднички плода)
 - повне або змішане сідничне (передлежать сіднички плода разом із стопами)
2. Ножне передлежання (розгинальне):
 - неповне (передлежить одна ніжка плода)
 - повне (передлежать обидві ніжки плода)
 - колінне передлежання.

ДІАГНОСТИКА

Зовнішнє акушерське дослідження (прийоми Леопольда, аускультация):

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

Таблиця 1

Внутрішнє акушерське дослідження під час вагітності

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Сідничне	
неповне	• пальпують об'ємну м'яку частину плода • визначають сідничні бугри, крижі, анальний отвір, статеві органи
повне	• пальпуються дрібні частини (стопи), що лежать поряд з об'ємною м'якою частиною (сідницями)
Ножне	
неповне	• пальпується дрібна частина плода — стопа • пальпується п'яtkова кістка, пальці, великий палець ніжки неможливо притиснути до підшви
повне	• пальпуються дрібні частини плода — дві стопи • пальпуються п'яtkові кістки, пальці, великі пальці ніжок неможливо притиснути до підшв
колінне	• пальпуються коліна плода

УЗД — найбільш інформативний метод діагностики (А). Дозволяє визначити не лише тазове передлежання, але й очікувану масу, положення голівки (ступінь розгинання), локалізацію плаценти, кількість навколоплідних вод, обвиття пуповиною, наявність аномалії розвитку плода тощо.

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода розрізняють 4 варіанти положення голівки, що важливо для визначення методу ведення пологів у разі тазового передлежання:

- Голівка зігнута, кут більше 110 градусів
- Голівка слабо розігнута, "поза військового" — I ступінь розгинання голівки, кут 100–110 градусів
- Голівка помірно розігнута — II ступінь розгинання, кут — 90–100 градусів
- Надмірне розгинання голівки, "плід дивиться на зірки" — III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90 градусів.

Організація надання медичної допомоги

В термін вагітності 30 тижнів проводять заходи, що сприяють самоповороту плода на голівку. Для цього рекомендують (С):

- положення на боці, протилежному позиції плода
- колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2–3 рази на добу.

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

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

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

Протипоказання до проведення гімнастичних вправ:

- загроза передчасних пологів
- передлежання плаценти
- низьке прикріплення плаценти
- анатомічно вузький таз II–III ступеня.

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

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

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

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

Зовнішній поворот плода на голівку

Показання:

- неповне сідничне передлежання за доношеної вагітності та живому плоді.

Умови:

- передбачувана маса плода < 3700,0 г
- нормальні розміри малого тазу

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

Протипоказання:

- ускладнення перебігу вагітності на момент прийняття рішення про зовнішній поворот (кровотеча, дистрес плода, прееклампсія)
- обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез
- багато- або маловоддя
- багатоплідна вагітність
- анатомічно вузький таз
- наявність рубцевих змін піхви чи шийки матки
- III ступінь розгинання голівки за даними УЗД
- передлежання плаценти
- тяжка екстрагенітальна патологія
- рубець на матці, злукова хвороба
- гідроцефалія та пухлини шиї плода
- аномалії розвитку матки
- пухлини матки та придатків матки.

ТЕХНІКА ЗОВНІШНЬОГО ПОВОРОТУ ПЛОДА НА ГОЛІВКУ

- положення жінки на боці, з нахилом 30–40° в сторону спинки плода
- сідниці плода відводять від входу малого таза долонями лікаря, введені між лоном та сідницями плода
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць — до дна матки
- Якщо перша спроба повороту була невдалою, проведення другої є недоцільним.

Ускладнення:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- дистрес плода
- розрив матки

У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

Госпіталізація до акушерського стаціонару у терміні 39–40 тижнів, якщо немає інших показань до госпіталізації на більш ранніх термінах вагітності.

У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації до акушерського стаціонару III рівня за наступними показаннями:

- наявність обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу
- ускладнений перебіг даної вагітності
- екстрагенітальна патологія

Ведення пологів

План ведення пологів розробляють перинатальним консилиумом за участю анестезіолога і неонатолога та узгоджують з родилею.

З метою вибору тактики розродження слід враховувати паритет пологів, акушерський анамнез, термін вагітності, зрілість пологових шляхів, розміри тазу, наявність чи відсутність плідного міхура, стан плода та його розміри, положення голівки, різновид тазового передлежання, екстрагенітальну патологію, вік жінки та характер пологової діяльності.

Показання до кесаревого розтину:

- ножне передлежання плода
- розгинання голівки плода I–III ступеня за даними УЗД
- пухлини шиї плода та гідроцефалія
- передбачувана маса плода більше 3700 г
- тазове передлежання плода при терміні гестації 27–29 тижнів та необхідність розродження
- рубець на матці
- переношена вагітність (41 тиж. та більше) та незрілість пологових шляхів
- анатомічно вузький таз та доношена вагітність
- ДРТ (ЕКЗ) та відмова жінки від вагінальних пологів
- недостатній ріст плода та (або) порушення кровотоку в а. пуповини за даними доплерометрії
- передчасний розрив плодових оболонок та незріла шийка матки при безводному проміжку більше 24 годин

Пологи через природні пологові шляхи

Проведення індукції пологів при тазовому передлежанні проводиться згідно наказу 901 від 27.12.2006

- Оцінити показання, упевнитися в тому, що є всі необхідні умови для безпечного проведення пологів через природні пологові шляхи і відсутні показання до кесарева розтину
- Слідкувати за перебігом I періоду пологів шляхом ведення партограми (без заповнення таблиці 2 на партограмі)
- реєстрація КТГ
- У разі розриву плодових оболонок негайно провести внутрішнє акушерське дослідження для виключення випадіння пуповини

- II період пологів вести з мобілізованою веною для внутрішньовенного введення 5 ОД окситоцину у 500,0 мл фізіологічного розчину NaCl (до 20 крапель за хвилину)
- У ранню фазу другого періоду пологів слід надавати перевагу техніці «некерованих фізіологічних потуг», коли жінка робить декілька коротких спонтанних потужних зусиль без затримки дихання
- Допомога за Цов'яновим I (II) у другому періоді пологів
- у другому періоді пологів контроль серцевої діяльності плода шляхом аускультації кожні 5 хвилин (при необхідності частіше) у ранню фазу другого періоду та після кожної потуги у активну фазу
- проведення епізіотомії за показаннями; пудендальної анестезії (С)
- II період пологів ведуть у присутності анестезіолога, неонатолога
- пологи у сідничному передлежанні має проводити досвідчений кваліфікований фахівець (першої та вищої категорії)

Неповне та повне сідничне передлежання

Народження сідниць та ніжок	Під час врізування сідниць пропонуйте жінці тужитись • якщо промежина погано розтягується, проведіть епізіотомію • дозвольте сідницям народжуватись самостійно до пупка, підтримуючи ніжки витягнутими вдовж тулуба і приведеними до живота, відповідно до біомеханізму пологів: великі пальці рук лікаря знаходяться на задній поверхні стегон, а чотири пальці на попереково-крижовій області плода, обережно підтримуйте сідниці, але не тягніть їх (допомога за Цов'яновим I) • Передчасно не тягніть плід за паховий згин, сіднички, якщо для цього немає показань (дистрес плода) • Підтримуйте плід за стегна, не тримайте за боки та живіт, оскільки можна пошкодити нирки або печінку плода
Народження ручок	Плід, що народився до пупка захоплюють великими пальцями у ділянці стегон спереду, чотири пальці розташовують в області сідниць та крижів • тулуб відхиляється донизу (дозаду) поки не з'являється нижній кут лопаток. Плечики плода у цей час розташовані в прямому чи злегка косому розмірі виходу тазу • під час тракції донизу (дозаду) із-під симфізу народжується передня ручка • після самостійного народження передньої ручки, піднімають сідниці до живота матері, щоб дати можливість задній ручці народитись самостійно • у разі, коли ручки плода не народжуються самостійно, цей стан розцінюють як закидання ручок і негайно переходять до надання класичної ручної допомоги для виведення плечового поясу плода

Класична ручна допомога з виведення ручок плода	Тулуб плода розташовують в прямому розмірі таза - однією рукою (при I позиції — лівою) беруть ніжки плода в області гомілкових суглобів і відводять їх догори (вперед) та в сторону протилежну спинці плода, ближче до стегна роділлі (при I позиції — до правого стегна) - вводять другу руку у піхву до крижової впадини роділлі по спинці плода, а далі по плечу доходяють до ліктьового згину і виводять задню ручку - вивільнення ручки плода проводять за ліктьовий згин (не за плечову кістку!) таким чином, щоб вона зробила "вмивальний" рух - передню ручку виводять, після переведення її у задню, також зі сторони крижової впадини: захоплюють обома руками плід за таз та передню частину стегон (не торкатися живота плода — 4 пальці кожної руки на крижах та попереку плода, а великі пальці на стегнах) і повертають його на 180, спинка плода у цей час проходить під симфізом, звільняють другу ручку аналогічно першій з боку крижової впадини
Народження голівки	А. У разі неускладненого перебігу пологів, відсутності закидання ручок голівка плода народжується у стані згинання: - підводять руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя - асистент допомагає народженню голівки плода шляхом помірною тиску над лоном, що попереджує розгинання голівки - опускають тулуб плода нижче рівня промежини для формування точки фіксації підпотиличної ямки з нижнім краєм лонного зчленування - піднімають тулуб плода вище рівня промежини - голівка плода народжується у стані згинання самостійно, навколо сформованої точки фіксації Б. Якщо в пологах надавалась класична ручна допомога для виведення плечового поясу та ручок плода, народженню голівки допомагають прийомом Морісо-Левре-Ляшапель: - підведіть руку під тулуб плода, щоб він розташувався зверху вашої долоні та передпліччя - введіть вказівний та безіменний палець цієї руки на скулові кістки плода, а середній палець в рот плода для відведення щелепи вниз і згинання голівки - використовуйте іншу руку для захоплення плечиків плода з боку спинки - вказівним і середнім пальцями верхньої руки обережно зігніть голівку плода у напрямку до грудини, доки прикладений низу тиск на щелепу не призведе до появи межі волосистої лінії голівки плода - зробіть тракцію на себе - асистент натискує долонною поверхнею руки над лонним зчленуванням роділлі, фіксуючи голівку плода у положенні згинання - обережно зробіть тракцію догори (вперед) для народження голівки плода у зігнутому положенні

Ножне передлежання

У випадку ножного передлежання розродження проводять шляхом кесарева розтину (А). Проводять пологи через природні статеві шляхи у разі ножного передлежання лише у наступних випадках:

- народження другого плода у разі багатоплідної вагітності
- за наполяганням жінки, що повторно народжує, за умов активної пологової діяльності та малих (середніх) розмірах плода (до 3500 г)

У II періоді пологів — надають ручну допомогу за методом Цов'янова II з метою повного розкриття шийки матки і опускання сідниць плода: стерильною пелюшкою покривають зовнішні статеві органи та долонею, що прикладена до вульви запобігають передчасному випадінню ніжок із піхви. Протидію ніжкам, що народжуються слід проводити до повного розкриття шийки матки. На що вказує виражене вип'ячування промежини передлеглою частиною плода, зіяння отвору заднього проходу, виступання ніжок з-під бічних сторін долоні акушера. Після цього протидію ніжкам більше не виконують і плід народжується до нижніх кутів лопаток, після цього ручна допомога така ж як і при сідничному передлежанні.

У разі дистресу плода у II періоді пологів (сіднички плода на тазовому дні або врізуються) розродження проводять шляхом операції екстракції плода за ніжку, за обидві ніжки (при ножному передлежанні), за паховий згин (при сідничному передлежанні)

Розгинальні передлежання та вставлення голівки плода

Передлежання — голівка плода над входом в малий таз;

Вставлення — голівка плода вставлена в площину входу малим або великим сегментом.

Етіологія розгинальних передлежань:

- недостатність нижнього сегменту матки
- анатомічно звужений таз, особливо плоский
- Багатопліддя
- передчасне і раннє відходження навколоплідних вод
- кіфоз хребта у матері
- недостатність передньої черевної стінки (в'ялий і відвислий живіт) і тазового дна
- підслизові міоми матки
- передлежання плаценти
- дуже велика або навпаки, дуже маленька голівка плода
- пухлини в ділянці шиї плода
- втрата плодом звичайної своєї пружності (мертвий плід) та ін..

Всі ступені розгинання голівки плода зустрічаються переважно у повторно-роділь.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗА СТУПЕНЕМ РОЗГИНАННЯ ГОЛІВКИ:

I ступінь розгинання (передньоголовне вставлення) — голівка проходить через пологовий канал прямим розміром, ведучою точкою є велике тім'ячко.

II ступінь розгинання (лобне вставлення) — більш значне розгинання голівки, яка проходить через пологовий канал великим косим розміром, ведучою точкою є середина лобного шва.

III ступінь розгинання (лицьове вставлення) — голівка розігнута так сильно, що ведучою точкою стає підборіддя, через пологовий канал голівка проходить вертикальним розміром.

ДІАГНОСТИКА

Зовнішнє акушерське дослідження: над входом або при вході до малого тазу пальпується велика передлегла частина.

Внутрішнє акушерське дослідження (при доношеній вагітності і прохідності цервікального каналу не менше ніж для одного пальця) (табл. 2).

Таблиця 2

Вид передлежання	Внутрішнє акушерське дослідження
Передньоголовне	Визначається сагітальний шов і велике тім'ячко на одному рівні з малим (після народження голівка має брахіоцефалічну форму).
Лобне	Визначається лобний шов, корінь носа, верхні частини орбіт
Лицьове	Визначаються: - тверді валики та щелепи, ротик та ніс плода; - рот та молярні відростки мають трикутну форму

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

За величиною кута між шийним відділом хребта та потиличною кісткою плода діагностують ступінь розгинання голівки:

- голівка слабо розігнута, «поза військового» — I ступінь розгинання голівки, кут 100–110°
- голівка помірно розігнута — II ступінь розгинання, кут 90–100°
- надмірне розгинання голівки, «плід дивиться на зірки» — III ступінь розгинання голівки, кут менший за 90°.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ ПРИ РОЗГИНАЛЬНОМУ ВСТАВЛЕННІ ГОЛІВКИ

1. Передньоголовне вставлення.

I момент біомеханізму пологів — помірне розгинання голівки, при якому голівка установлюється стрілоподібним і частиною лобного шва в поперечному, або, дуже рідко, в одному з косих розмірів тазу. Голівка плода вставляється своїм прямим розміром 12 см. У міру просування голівки ведучою точкою стає велике тім'ячко. Можливо асинклітичне вставлення.

II момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот: стрілоподібний шов з поперечного розміру входу в малий таз переходить у прямий розмір виходу з малого тазу, потилицею до куприка. Голівка здійснює поворот при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу.

III момент біомеханізму пологів — згинання голівки. Згинання голівки відбувається в шийній частині хребта. Точкою фіксації є перенісся, а точкою опори — нижній край лонного зчленування. Народжуються лоб, тім'я й потилиця плода.

IV момент біомеханізму пологів — розгинання голівки. Точкою фіксації є підпотилична ямка, точкою опори — верхівка куприка. Народжується обличчя плода.

V момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот плічків і зовнішній поворот голівки — відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

2. Лобне вставлення.

I момент біомеханізму пологів — розгинання голівки. Голівка встановлюється в поперечному розмірі входу тазу, своїм великим косим розміром, що дорівнює 13,5 см. Голівка різко конфігурується і з великою напругою проходить у порожнину малого тазу.

II момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот голівки потилицею до куприка — відбувається при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу. Лобний шов установлюється у прямому розмірі виходу з малого тазу.

III момент біомеханізму пологів — згинання голівки. Утворюється точка фіксації верхня щелепа й точка опори — нижній край лонного зчленування. При цьому над промежиною викочується тім'я й потилиця плода.

IV-й (розгинання) і V-й (внутрішній поворот голівки й зовнішній поворот плічок) моменти біомеханізму пологів відбуваються так само, як при передньоголовному вставленні.

3. Лицьове вставлення

I момент біомеханізму пологів — розгинання голівки. Розгинання відбувається в шийній частині хребта. У результаті передлежачою частиною стає обличчя. У поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз установлюється лицева лінія. При досягненні голівкою повного розгинання вона проходить через пологовий канал окружністю, що відповідає вертикальному розміру 9,5 см.

II момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот голівки. Лицева лінія поступово переходить із поперечного розміру в косій, а потім коли голівка досягає виходу, у прямий розмір, при цьому вона впирається під'язиковою кісткою в нижній край лонного зчленування. Дуже рідко поворот голівки відбувається підборіддям до куприка. У такому положенні пологи не можливі (здвоєне тіло — голівка й тулуб плода).

III момент біомеханізму пологів — згинання голівки після фіксації її ділянкою під'язикової кістки в лобкову дугу, а над промежиною викочуються личко, тім'я і потилиця.

IV момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки потилицею убік позиції.

Особливості перебігу та ведення пологів при розгинальному вставленні голівки плода.

- При передньоголовному вставленні пологи мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода й можливі лише тоді, коли відбуваються в задньому виді.
- При лобному вставленні пологи доношеним плодом через природні пологові шляхи, неможливі, тому лобне вставлення є показанням до операції кесарева розтину, а завершитися пологи можуть у задньому виді при недоношеному плоді.
- При лицьовому вставленні пологи через природні пологові шляхи можливі лише у задньому виді, якщо немає інших моментів, що їх ускладнюють (великий плід, слабкість пологової діяльності й ін.). Після пологів голівка має різко виражену доліхоцефалічну форму, на обличчі — виражений набряк, деформація. При передньому виді лицевого передлежання пологи через природні родові шляхи не можливі, що є показанням до операції кесарського розтину.

АСИНКЛІТИЧНІ ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ

1. Синклітичне (осьове) вставлення — під час вставлення голівки стрілоподібний шов розташовується на однаковій відстані від симфізу та крижового мису, це є нормальне вставлення.

2. Асинклітичне (позаосьове) вставлення — стрілоподібний шов відхиляється ближче до крижового мису або до симфізу.

- *Передній асинклітизм* (передньотім'яне, Негелівське вставлення) — стрілоподібний шов відхиляється ближче до крижового мису, вставляється передня тім'яна кістка. Характерний для біомеханізму пологів при простому плоскому тазі, іноді при плоскорихитичному тазі. Пологи через природні шляхи можливі, тактика ведення — очікувальна.
- *Задній асинклітизм* (задньотім'яне, Літсмана) — стрілоподібний шов відхиляється ближче до симфізу, вставляється задня тім'яна кістка. Може утворитися при загальнозвуженому, плоскому, плоскорихитичному тазі. Пологи неможливі, тактика ведення — кесарський розтин.

АНОМАЛІ ПОЛОЖЕННЯ ПЛОДА

Неправильне положення плода — положення плода, при якому повздовжня вісь плода не збігається з повздовжньою віссю матки (0,2–0,4%):

Поперечне положення плода (situs transversus) — при якому, вісь плода утворює з повздовжньою віссю матки кут в 90°.

Косе положення плода (situs obliquus) — при якому, вісь плода і вісь матки перетинаються під кутом меншим 90°.

Причини формування неправильних положень плода:

- аномалії розвитку матки,
- пухлини в нижньому сегменті матки

- аномалії розвитку плода,
- передлежання плаценти,
- багатоводдя, маловоддя,
- багатоплідна вагітність,
- дряблість передньої черевної стінки,
- крайні ступені звуження розмірів таза.

ДІАГНОСТИКА

1. Огляд живота:

- куляста форма матки, витягнута в поперечному розмірі
 - окружність живота перевищує норму для відповідного терміну вагітності
2. Дані зовнішнього акушерського обстеження (прийоми Леопольда — Левицького):

- висота стояння дна матки завжди менше норми для відповідного терміну вагітності
- у дні матки відсутня яка-небудь велика частина, у бічних відділах матки виявляють великі частини плода (з одного боку — круглу щільну, з іншого боку м'яку)
- передлегла частина плода не визначається
- за положенням голівки визначають позицію: при першій позиції голівка визначається ліворуч, при другій — праворуч
- вид плода, зазвичай, розпізнають по спинці: спинка повернута вперед — передній вид, спинка назад — задній. Якщо спинка плода повернена вниз, то має місце несприятливий варіант (dorsoinferior) — при ньому створюються несприятливі умови для екстракції плода.

3. Вагінальне дослідження (під час вагітності або на початку пологів):

при цілому плодовому міхурі — відсутність передлеглої частини. після розриву плодових оболонок і розкритті шийки матки на 4–5 см — можна визначити плече, лопатку, остисті відростки хребців, підпахову западину.

4. УЗД — найбільш інформативний метод діагностики (А).

ПЕРЕБІГ І ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ

Вагітність перебігає без особливих відхилень від норми. Підвищується ризик передчасного розриву плодових оболонок, особливо в третьому триместрі вагітності.

Попередній діагноз неправильного положення плода встановлюють в 30 тиж. ваг., остаточний — у 37–38 тижнів.

З 32 тижня, частота самовільного повороту різко зменшується, тому корекцію положення плода доцільно проводити саме після цього терміну вагітності (А).

З 32 до 37 тижнів з метою самоповороту плода на голівку вагітній необхідно рекомендувати (жіноча консультація):

- коригуючу гімнастику (С): положення на боці, протилежному позиції плода; колінно-ліктьове положення по 15 хв. 2–3 рази на добу.

- комплекс коригуючих гімнастичних вправ (С) за однією з існуючих методик [І. Ф. Дикань, І. І. Грищенко, В. В. Фомічова, Е. В. Брюхіна].

Протипоказання:

- загроза передчасних пологів, передлежання плаценти
- низьке прикріплення плаценти
- анатомічно вузький таз II–III ступеня.

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

При вичікувальній тактиці ведення вагітності велика частина плодів, що мали неправильне положення, розташовується поздовжньо до початку пологів.

У терміні 38 тижнів визначають необхідність госпіталізації в акушерський стаціонар III рівня, в якому з метою уточнення діагнозу проводять ультразвукове дослідження, оцінюють стан плода (проведення біофізичного профілю плода — БПП, за необхідністю — доплерометрія), визначають готовність жіночого організму до пологів.

План ведення пологів розробляють консилиумом за участі анестезіолога і неонатолога та узгоджують з жінкою.

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

Умови:

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

Протипоказання:

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

- передлежання плаценти;
- тяжка екстрагенітальна патологія;
- рубець на матці, злукова хвороба;
- гідроцефалія та пухлини шиї плода;
- аномалії розвитку матки;
- пухлини матки та додатків матки.

ТЕХНІКА ЗОВНІШНЬОГО ПОВОРОТУ НА ГОЛІВКУ.

- положення жінки на боці, з нахилом 30–40° в бік позиції плода
- обережно зміщують сідниці плода у бік позиції плода
- зміщують голівку плода в бік, протилежний позиції
- закінчують поворот шляхом зміщення голівки плода до входу малого тазу, а сідниць — до дна матки.

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

Ускладнення:

- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- дистрес плода
- розрив матки

У разі обережного кваліфікованого виконання зовнішнього повороту плода на голівку частота ускладнень не перевищує 1% (А).

РОЗГИНАЛЬНІ ВСТАВЛЕННЯ ГОЛІВКИ

Етіологія

Загальними для всіх ступенів розгинання є наступні причини: недостатність нижнього сегменту матки, анатомічно звужений таз, особливо плоский, багатопліддя, передчасне і раннє злиття навколоплідних вод, кіфоз хребта у матері, недостатність передньої черевної стінки (в'ялий і відвислий живіт) і тазового дна, підслизові міоми матки, передлежання плаценти, дуже велика або навпаки, дуже маленька голівка плода, пухлини в ділянці шиї плода, втрата плодом звичайної своєї пружності (мертвий плід) та ін.. Всі ступені розгинання голівки плода зустрічаються переважно у повторнороділь.

Класифікація

Розрізняють три ступеня розгинання голівки.

При першому ступені розгинання, яке називається також передньоголовним вставленням, голівка проходить через пологовий канал прямим розміром, ведучою точкою є велике тім'ячко.

Другий ступінь розгинання, або лобне вставлення, характеризується більш значним розгинанням голівки, яка проходить через пологовий канал великим косим розміром, ведучою точкою є середина лобного шва.

Третій ступінь — лицеве вставлення. Голівка розігнута так сильно, що ведучою точкою стає підборіддя. Через пологовий канал голівка проходить вертикальним розміром.

Між цими трьома основними ступенями розгинання голівки існують проміжні, перехідні стани.

БІОМЕХАНІЗМ ПОЛОГІВ

Загальні особливості біомеханізму пологів при розгинальних вставленнях голівки в порівнянні зі згинальними характеризуються двома головними відмінними рисами: по-перше, при потиличному передлежанні (згинальний тип) біомеханізм пологів починається зі згинання голівки й закінчується у виході тазу розгинанням; при розгинальних же вставленнях, навпаки, біомеханізм пологів починається з розгинання голівки й закінчується у виході тазу згинанням; по-друге, при згинальному типі вставлення (потиличне передлежання) внутрішній поворот голівки відбувається так, що коли голівка встановлюється у виході тазу, плід, як правило, перебуває в передньому виді й, як виключення, — у задньому; при розгинальному же типі вставлення голівки поворот відбувається так, що, коли голівка встановлюється у виході тазу плід, як правило, перебуває в задньому виді і як рідкий виняток — у передньому.

Кожний ступінь розгинання голівки має «свої» особливості біомеханізму пологів та їх клінічного перебігу. Пологи з розгинальними вставленням голівки відбуваються в задньому виді.

ПЕРЕДНЬОГОЛОВНЕ ВСТАВЛЕННЯ

Правильний діагноз встановлюють лише за допомогою піхвового дослідження, коли виявляють стояння великого й малого тім'ячок на одному рівні або стояння великого тім'ячка нижче малого. Діагноз підтверджують після пологів по стану форми голівки плода й слідів на ній, які мають місце в перші години й дні життя дитини. При передньоголовному вставленні голівка має брахіоцефалічну форму (баштова голівка).

Перший момент біомеханізму пологів при передньоголовному передлежанні — помірне розгинання голівки, при цьому голівка встановлюється своїм стрілоподібним і частиною лобного шва в поперечному, або, дуже рідко, в одному з косих розмірів тазу. Голівка плода вставляється своїм прямим розміром 12 см. У міру просування голівки ведучою точкою стає велике тім'ячко. Можливо асинклітичне вставлення.

Другий момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот: стрілоподібний шов з поперечного розміру входу в малий таз переходить у прямий розмір виходу з малого тазу, потилицею до куприка. Голівка здійснює поворот при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу.

Третій момент біомеханізму пологів — згинання голівки. Згинання голівки відбувається в шийній частині хребта. Точкою фіксації є перенісся, а точкою опори — нижній край лонного зчленування. Народжуються лоб, тім'я й потилиця плода.

Четвертий момент біомеханізму пологів — розгинання голівки. Точкою фіксації є підпотилична ямка, точкою опори — верхівка куприка. Народжується обличчя плода.

П'ятий момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот плічків і зовнішній поворот голівки — відбувається так само, як і при потиличному передлежанні.

Перебіг пологів при передньоголовному вставленні — затяжний, особливо в період вигнання. Тому для попередження дистресу плода проводять його профілактику. Лікар стежить за просуванням голівки по пологових шляхах і не допускає, щоб голівка стояла в одній площині більше 1 години.

ЛОБНЕ ВСТАВЛЕННЯ

Розпізнавання лобного вставлення відбувається при піхвовому дослідженні: по провідній осі тазу виявляють лоб з лобним швом, до якого з одного боку примикають перенісся й надбрівні дуги, а з іншого боку — передній кут великого тім'ячка. Родова пухлина розташована в ділянці лоба на всьому протязі від перенісся до великого тім'ячка.

Перший момент біомеханізму пологів — розгинання голівки. Голівка встановлюється в поперечному розмірі входу тазу, своїм великим косим розміром, що дорівнює 13,5 см. Голівка різко конфігурується і з великою напругою проходить у порожнину малого тазу.

Другий момент біомеханізму пологів — внутрішній поворот голівки потилицею до куприка — відбувається при переході через площину вузької частини порожнини малого тазу. Лобний шов установлюється у прямому розмірі виходу з малого тазу.

Третій момент біомеханізму пологів — згинання голівки. Утворюється точка фіксації верхня щелепа й точка опори — нижній край лонного зчленування. При цьому над промежиною викочується тім'я й потилиця плода.

Четвертий (розгинання) і п'ятий (внутрішній поворот голівки й зовнішній поворот плічок) моменти біомеханізму пологів відбуваються так само, як при передньоголовному вставленні.

Пологи при лобному вставленні доношеним плодом через природні пологові шляхи, неможливі, тому лобне вставлення є показанням для кесарева розтину, а завершитися пологи можуть у задньому виді при недоношеному плоді.

ЛИЦЕВЕ ВСТАВЛЕННЯ

Лицеве вставлення — крайній ступінь розгинальних вставлень. Розпізнається на підставі даних зовнішнього дослідження й підтверджується даними піхвового дослідження, при якому прощупують ніс, рот і підборіддя, що є ведучою точкою.

Перший момент біомеханізму пологів у лицевому вставленні — розгинання голівки. Розгинання відбувається в шийній частині хребта. У результаті передлежачою частиною стає обличчя. У поперечному або в одному з косих розмірів входу в таз устанавлюється лицева лінія. При досягненні голівкою

повного розгинання вона проходить через родовий канал окружністю, що відповідає вертикальному розміру 9,5 см.

Другий момент — *внутрішній поворот голівки*. Лицева лінія поступово переходить із поперечного розміру в косій, а потім коли голівка досягає виходу, у прямий розмір, при цьому вона впирається під'язиковою кісткою в нижній край лонного зчленування. Дуже рідко поворот голівки відбувається підборіддям до куприка. У такому положенні пологи не можливі (здвоєне тіло — голівка й тулуб плода).

Третій момент біомеханізму пологів — згинання голівки після фіксації її ділянкою під'язикової кістки в лобкову дугу, а над промежиною викочуються личко, тім'я і потилиця.

Четвертий момент біомеханізму пологів — *внутрішній поворот плічок і зовнішній поворот голівки* потилицею убік позиції.

Пологи через природні пологові шляхи при лицьовому вставленні у задньому виді можливі, якщо немає інших моментів, що ускладнюють (великий плід, слабкість пологової діяльності й ін.). Після пологів голівка має різко виражену доліхоцефалічну форму, на обличчі — виражений набряк, деформація.

При передньому виді лицьового передлежання пологи через природні родові шляхи не можливі. При такій ситуації необхідно зробити кесарів розтин.

Варто зазначити, що пологи в розгинальному вставленні мають затяжний перебіг, значно підвищують ризик травматизму матері й плода та можливі лише тоді, коли відбуваються в задньому виді.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: 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.;
3. Запорожан В. М., Міщенко В. П. Акушерська патологія: атлас, навчальний посібник. — Одеса: Одеський медуніверситет, 2005. — 292 с.
4. Bamberg C., Hinkson L., Henrich W. Prenatal detection and consequences of fetal macrosomia //Fetal diagnosis and therapy. — 2013. — Т. 33. — № 3. — С. 143–148.
5. Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016, Issue 5. Art. No.: CD000938.
6. Mohammadbeigi A, Farhadifar F, Soufizadeh N, et al. Fetal Macrosomia: Risk Factors, Maternal, and Perinatal Outcome. Annals of Medical and Health Sciences Research. 2013;3(4):546–50.

Кровотечі під час вагітності, в пологах та в післяпологовому періоді Інтенсивна терапія при акушерських кровотечах

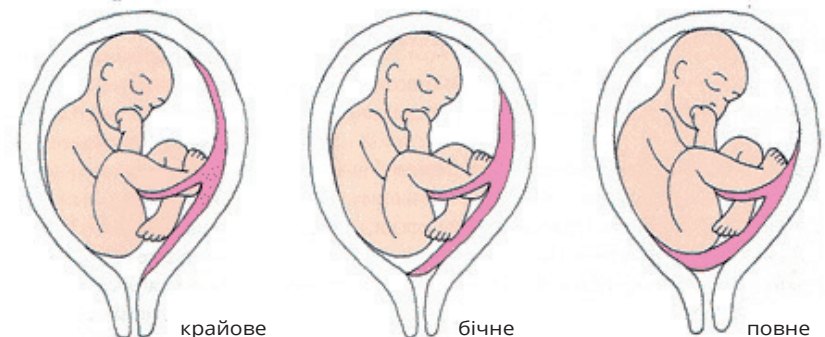
Акушерська кровотеча (АК) — кровотеча з судин матки, м'яких пологових шляхів, що є наслідком ускладненого перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

У структурі причин материнської смертності АК займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів

АК включають в себе допологові кровотечі, кровотечі під час пологів та в післяпологовому періоді.

Масивна АК (МАК) — це кровотеча, що становить більше 1,5% від маси тіла (більше 25% від ОЦК) або заміщення 50% ОЦК протягом трьох годин.

- Допологова кровотеча (ДК) — це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до пологів. ДК становить 3–5% від загальної кількості вагітностей.
- Причини ДК включають:
 - передлежання плаценти (ПП) (20%),
 - передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) (40%),
 - розрив матки,
 - розрив судин пуповини при їх оболонковому прикріпленні
 - кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки (до 5%).
 - «неуточнена ДК» (35%).
- В оцінці величини крововтрати в разі ДК важливу роль відіграють клінічні ознаки ГШ шоку. Стан плода — є важливим індикатором ступеню тяжкості ДК та гіповолемії.
- Передлежання плаценти (placenta praevia) — ускладнення вагітності, при якому плацента розташовується у нижньому сегменті матки, нижче передлеглої частини плода, перекриваючи повністю або частково вну-



трісне вічко шийки матки. У разі фізіологічної вагітності нижній край плаценти знаходиться на 7 см і більше вище внутрішнього вічка. Передлежання плаценти зустрічається у 0,5–0,8% випадків від загальної кількості вагітностей. Класифікація:

- *повне* — центральне передлежання плаценти (placenta praevia centralis) — плацента повністю перекриває внутрішнє вічко, плодові оболонки в межах вічка не визначаються;
- *неповне* — бічне передлежання плаценти (placenta praevia lateralis) — в межах внутрішнього вічка передлежать частина плаценти і плодові оболонки;
- *неповне* — крайове передлежання плаценти (placenta praevia marginalis) — нижній край плаценти розташований біля краю внутрішнього вічка, в області вічка знаходяться лише плодові оболонки.

Причини передлежання плаценти. Матковий фактор пов'язаний з дистрофічними змінами слизової оболонки матки, в результаті чого відбувається порушення умов плацентації. До дистрофічних змін слизової оболонки матки призводить хронічний ендометрит; значна кількість пологів і абортів в анамнезі, що ускладнилися ендометритом; наявність рубців на матці після КР або консервативної міомектомії. До плодових факторів, що сприяють передлежання плаценти, відносять зниження протеолітичних властивостей плодового яйця, що не дає можливості нідації плідного яйця у верхніх відділах матки.

Головний симптом передлежання плаценти — кровотеча із статевих шляхів, що виникає раптово, частіше в кінці II–III триместру або з появою скоротливої діяльності матки. При формуванні нижнього сегмента відбувається скорочення м'язових волокон в нижніх відділах матки. Оскільки плацента не здатна до скорочення, в результаті переміщення відносно один одного двох поверхонь — ділянки нижнього сегмента і ділянки плаценти — частина останньої відшаровується від стінок матки, оголюючи судини плацентарної площадки.

Інтенсивність кровотечі варіює від масивної до незначної, в залежності від кількості та діаметру пошкоджених судин матково-плацентарного ложа. Кровотеча не супроводжується підвищеним тонусом матки і больовими відчуттями. Стан вагітної та плода при передлежанні плаценти залежить від величини крововтрати.

Чіткий діагноз має бути встановлений за допомогою УЗД. При відсутності можливості УЗД вагінальне дослідження проводять в умовах розгорнутої операційної, що дозволяє негайно провести КР в разі посилення кров'яних виділень. При дослідженні пальпують губчасту тканину між передлеглою частиною і пальцями акушера.

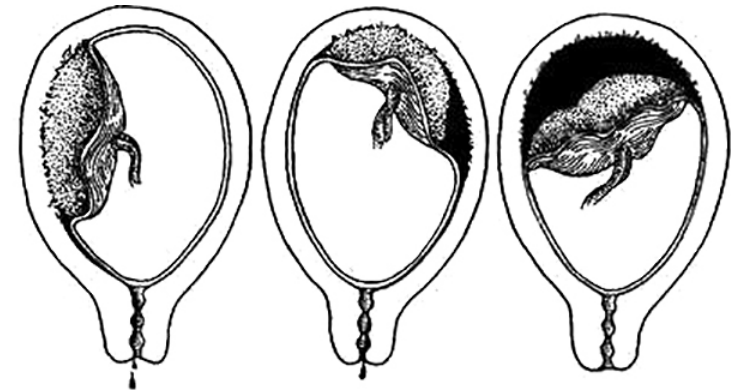
Тактика ведення вагітності і пологів при ПП. Локалізація плаценти має бути встановлена при УЗД дослідженні у терміні вагітності 18–20 тиж. У разі встановленого передлежання плаценти призначається наступне трансвагінальне УЗД у 26–28 тиж вагітності. При підтвердженні діагнозу передлежання плаценти вагітну необхідно госпіталізувати, незалежно від наявності клінічних проявів. Будь-яке перекриття внутрішнього після 35–36 тижнів є показанням до КР. Плановий КР в разі передлежання плаценти та відсутності симптомів

кровотечі рекомендують проводити у 38–39 тижнів, а в разі очікування патологічного прикріплення плаценти в 36–37 тижнів вагітності. При невеликій крововтраті (до 250 мл), відсутності порушень гемодинаміки та дистресу плода, відсутності пологової діяльності в терміні вагітності до 37 тиж можлива очікувальна тактика, ретельне спостереження в умовах стаціонару до терміну розродження. Можливе виконання корпорального, істміко-корпорального, донного КР, поперечний розріз на матці вище розташування плаценти. При виникненні кровотечі під час КР доцільним є ремоделювання нижнього сегменту матки.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти — це відшарування нормально розташованої плаценти під час вагітності або у I — II періодах пологів що призводить до кровотечі. Частота 1–2% від всіх вагітностей.

Залежно від площі виділяють:

- часткове (від маткової стінки відшаровується частина плаценти) може бути крайовим або центральним
- повне (від маткової стінки відшаровується вся плацента) відшарування плаценти.



Предикторами виникнення ПВНРП є зміни судинної системи материнського організму, ангіопатії матки, неповноцінність плацентарного ложа (недостатність I і II хвиль інвазії цитотрофобласту) — хронічна плацентарна дисфункція, прееклампсія, хронічна гіпертензія, хронічні інфекції, захворювання нирок, ендокринопатії, вади серця; ізоімунний конфлікт; цукровий діабет, захворювання сполучної тканини; генетично детерміновані та набуті дефекти гемостазу; запальні й дегенеративні процеси в матці і плаценті — хронічні ендоміометрити, лейоміома матки, вади розвитку матки, переношеність вагітності.

Безпосередніми причинами ПВНРП є: надмірно сильна або дискоординувана скоротлива діяльність матки, некореговане застосування утеротоніків в пологах, коротка пуповина, багатоводдя, крупний плід, багатоплідна вагіт-

ність, запізнений розрив плодових оболонок, швидке вилиття навколоплідних вод, травма, проведення зовнішнього акушерського повороту, амніоцентез, стрес, надмірне збудження.

Розрив судин і кровотеча при ПВНRP починається в decidua basalis, що призводить до утворення гематоми, яка порушує цілісність всіх шарів децидуальної оболонки і відшаровує від м'язового шару матки плаценту в цій ділянці. При непрогресуючому варіанті відшарування плаценти, гематома може не поширюватися далі, а ущільнюється та частково розсмоктується. При прогресуючому варіанті ділянка відшарування швидко збільшується і призводить до подальшого відшарування плаценти.

Кров накопичується між стінкою матки і плацентою з утворенням ретроплацентарної гематоми. При цьому вся стінка матки просочується кров'ю. Серозний покрив матки має синюшний колір з петехіями. Такий патологічний стан називають матково-плацентарною апоплексією (вперше описано А. Кувелером в 1911 р і отримав назву «матка Кувелера»). При цьому порушується скоротлива здатність міометрія, що приводить до гіпотонії, прогресування ДВЗ-синдрому, масивної кровотечі.

Діагностика ПВНRP заснована на клінічній картині, даних зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження, оцінці стану плода, УЗД, симптомах геморагічного шоку та ДВЗ синдрому.

Основними симптомами ПВНRP є: кровотеча і симптоми геморагічного шоку; біль у животі; гіпертонус матки; дистрес плода.

Виразність і характер симптомів ПВНRP визначаються площею відшарування, величиною і швидкістю кровотечі, реакцією вагітної на кровотечу. Кровотеча при ПВНRP може бути зовнішньою, внутрішньою або змішаною (внутрішньою і зовнішньою) в залежності від механізму відшарування.

При УЗД візуалізується ЕХО-нег/гів показано термінове розродження шляхом накладання вакуум-екстрактора або акушерських щипців у разі головного передлежання, екстракції плода за тазовий кінець у разі тазового передлежання. Після народження дитини проводять ручне відділення плаценти та видалення посліду, ручну ревізію порожнини матки з видаленням згортків крові та застосуванням утеротонічних засобів.

КРОВОТЕЧА У ПОСЛІДОВОМУ (ТРЕТЬОМУ) ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Причини:

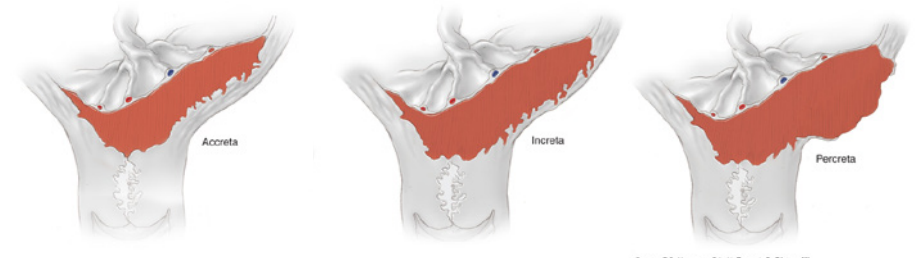
- патологія прикріплення плаценти (pl.accreta, increta, percreta);
- патологія відділення плаценти — защемлення плаценти.

Щільне прикріплення плаценти — прикріплення в базальному шарі слизової оболонки матки (placenta adhaerens);

Прирощення плаценти — до м'язового шару (placenta accreta);

Пророщення плаценти в м'язовий шар (placenta increta); пророщення плаценти до серозного шару (placenta percreta). Патологічне прикріплення плаценти може спостерігатися на всьому протязі (повне) або частково (неповне).

У нормі плацента формується у функціональному шарі слизової оболонки, який трансформується в децидуальний. Відділення плаценти від стінки матки



в третьому періоді пологів відбувається на рівні губчастого шару децидуальної оболонки. При атрофії функціонального і базального шару слизової оболонки (шар Нітабух — зона ембріональної дегенерації) котилодони плаценти доходять до м'язового шару або проростають в нього — формується прирощення або пророщення плаценти. До патологічного стану слизової оболонки матки, що сприяє порушенню формування трофобласта, призводять неспецифічні і специфічні запальні ураження ендометрія (хламідіоз, гонорея, туберкульоз і ін.), надмірне вишкрібання слизової порожнини матки; рубці на матці після КР і консервативної міомектомії. При розташуванні плаценти в ділянці рубця після попереднього КР в 10–60% випадків може відбуватися її пророщення не тільки в стінку матки, але і в сусідні органи. Глибина пророщення збільшується при естрогеновій недостатності. Порушенню прикріплення трофобласта сприяє підвищення протеолітичної активності ворсин хоріона, надмірний синтез хоріонічного гонадотропіну, підвищена активність гіалуронової системи.

Клінічна картина порушення відділення плаценти і виділення посліду залежить від площі її патологічного прикріплення.

Якщо плацента не відділяється на всьому протязі (повне патологічне прикріплення), клінічно визначають відсутність ознак відділення плаценти і відсутність кровотечі.

Найчастіше спостерігають часткове відділення плаценти (неповне прикріплення). У цьому випадку спостерігають відсутність ознак відділення плаценти і кровотеча. Кровотеча з плацентарної площадки виникає через кілька хвилин після народження дитини.

Якщо placenta accreta/percreta діагностовано антенатально (УЗД, МРТ) — розродження шляхом КР із можливим застосуванням органозберігаючих технік поетапного хірургічного гемостазу. Жінки з підозрою на placenta accreta/percreta мають дуже високий ризик розвитку масивної ППК. Необхідно підготувати достатню кількість одногрупної крові, свіжозамороженої плазми, тромбоцитів.

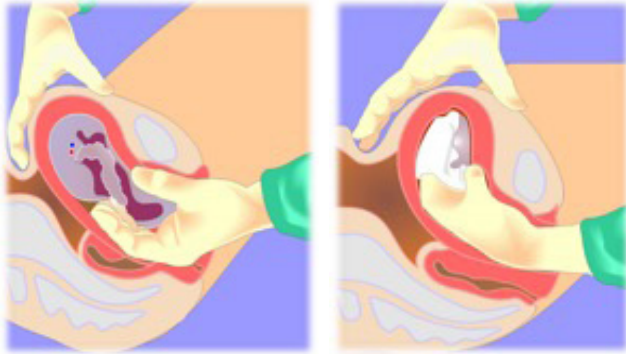
Відсутність народження посліду протягом 15 хвилин в разі АВТПП та 30 хвилин у разі очікуваної тактики ведення III періоду пологів може свідчити про патологію прикріплення плаценти і потребує перевірки ознак відшарування плаценти.

При наявності ознак відшарування плаценти — застосування контрольованої тракції для народження плаценти. В разі невдачі народження плаценти — ручне відділення плаценти та виділення посліду.

При появі кровотечі та відсутності ознак відокремлення плаценти необхідно термінове видалення посліду.

При відсутності ознак відшарування плаценти необхідно провести ручне відділення плаценти та видалення посліду. В разі невдалої спроби ручного відокремлення плаценти встановлюється діагноз істинного прирощення або пророщення плаценти, що є показанням до негайної лапаротомії з проведенням гістеректомії.

Операція ручного відділення та виділення посліду:



Затримка частин плаценти або оболонок защемлення плаценти.

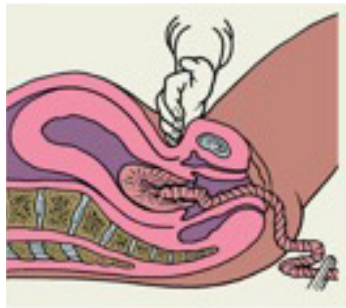
Кровотеча розпочинається відразу після відходження посліду — затримка частин плаценти або оболонок.

Ознаки відділення плаценти позитивні, а виділення посліду немає — защемлення плаценти.

Причинами затримки частин плаценти в матці є часткове щільне прикріплення або прирощення ділянки плаценти, неправильне ведення послідового періоду, зокрема надмірне форсування народження посліду, внутрішньоутробне інфікування.

Діагностика. При огляді посліду виявляють дефект тканин плаценти, відсутність оболонок або оболонки з порушеною цілісністю.

Тактика. Виявлення дефекту посліду, навіть при відсутності кровотечі — показання до ручного обстеження порожнини матки з метою видалення залишків плацентарної тканини. В разі кровотечі в пізньому післяпологовому періоді — мануальна (електрична) вакуум-аспірація.



Післяпологова кровотеча (ППК) — кровотеча що перевищує 500 мл або будь-яка кровотеча, що супроводжується порушенням гемодинамічного стану породіллі на протязі 6 тижнів після народження плода. Поширеність ППК складає близько 5% усіх пологів.

Види післяпологових кровотеч:

- Первинні (ранні) післяпологові, які виникають в ранньому післяпологовому періоді або протягом 24 годин після пологів. Приблизно 70% ранніх ППК пов'язані з гіпотонією або атонією матки. Також причиною ППК можуть бути травми пологових шляхів (розрив матки, шийки матки, піхви, промежини), розрив варикозно розширених вен піхви.
- Вторинні (пізні) післяпологові кровотечі, які виникають після 24 годин та до 6 тижнів після пологів. Більшість пізніх кровотеч пов'язані із затримкою частин плаценти, інфекцією або наявністю обох станів.

До розвитку ППК призводять порушення одного із базових етіологічних процесів — тонус, тромбін, тканина, травма (правило 4«Т»):

- T (tone) — порушення скоротливої діяльності матки (гіпо- или атонія);
- T (tissue) — затримка частин плаценти або згортків крові в порожнині матки;
- T (trauma) — травма пологових шляхів, розрив матки;
- T (trombin) — порушення системи згортання крові.

У 80% випадків ППК пов'язані із порушенням скоротливої діяльності матки, що обумовлене надмірним розтягінням матки внаслідок багатоводдя, багатопліддя, крупного плода; виснаженням скоротливої здатності міометрію при стрімких або затяжних пологах, дискоординованій пологовій діяльності, нераціональному застосуванню утеротоніків, високому паритеті пологів (більше 5 пологів); інфекційним процесом — хоріоамніоніт, лихоманка в пологах, тривалий безводний проміжок; функціональними та анатомічними особливостями матки при міомі матки, аномаліях розвитку матки — сідлоподібна або дворога матка, рубцях на матці; патологією прикріплення плаценти — передлежання плаценти; застосуванням препаратів, що знижують тонус матки.

11% випадків ППК виникають внаслідок затримки частин посліду при щільному прикріпленні, прирощенні або пророщенні плаценти або затримки згортків крові у порожнині матки.

У 8% акушерська кровотеча пов'язана з травмами пологових шляхів, а саме розривами матки, шийки матки, піхви, промежини, варикозних вен піхви.

Кроковий підхід надання допомоги при ППК враховуючи базові етіологічні процеси виникнення — тонус, тромбін, тканина, травма (правило 4«Т»)

- катетеризація 2 периферійних вен катетерами достатнього діаметра (G16;18) та катетеризація сечового міхура;
- термінове клініко-лабораторне обстеження (група крові і Rh-фактор, аналіз крові та сечі загальний, час згортання крові, коагулограма);
- етіотропна терапія відповідно до причини виникнення кровотечі (ручна ревізія стінок матки, ушивання розривів, застосування сучасних утеротонічних препаратів, гемостатичних засобів)

- своєчасна та відповідна сучасним вимогам ІТТ з адекватним відновленням ОЦК кристалоїдами та колоїдами, факторами згортання крові та функції транспорту кисню за показаннями.
- застосування проміжного етапу в разі неефективності консервативних методів зупинення кровотечі (дворучна компресія матки, компресія аорти, балонна тампонада матки);
- своєчасний і адекватний хірургічний гемостаз
- постійний апаратний та лабораторний контроль гемодинаміки та показників згортання крові, основних життєвих функцій організму, гомеостазу.

Гіпотонія матки — стан, при якому різко знижуються тонус і скоротлива здатність матки на фоні збереженої рефлекторної відповіді.

Атонія матки — стан, при якому різко знижується тонус і скоротлива здатність матки при паралічі нерво-м'язового апарату матки.

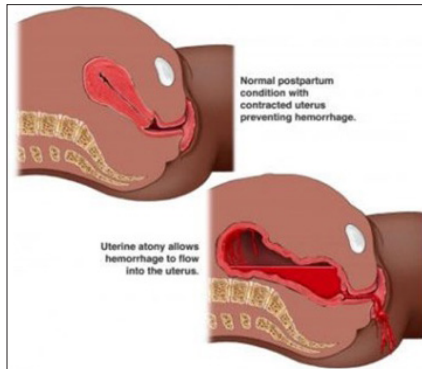
Основні симптоми гіпотонії та атонії матки: кровотеча, зниження тонусу матки, клінічна картина геморагічного шоку. Відповідно до величини крововтрати виникають симптоми геморагічного шоку (блідість шкірних покривів, тахікардія, гіпотонія). При атонії матки кровотеча не зупиняється. Симптоми геморагічного шоку швидко прогресують

З метою посилення скоротливої діяльності матки застосовується препарати утеротонічної дії.

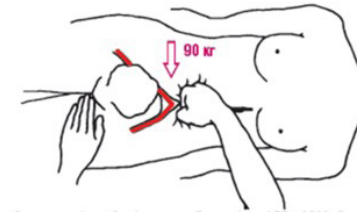
- 1-а лінія: окситоцин (10 ОД внутрішньовенно) у вигляді монотерапії.
- 2-а лінія: ергометрин, метилергометрин 0,2 мг в/м або в/в кожні 2–4 години, макс — 5 доз (1 мг)/24 години, мізопропрост 800мкг сублінгвально/ректально (4 таблетки по 200 мкг), синтометрин — комбінація окситоцину — 5 ОД та ергометрину 0,5 мг, карбетоцин 100 мкг в/м або в/в в межах 1 хвилини.
- 3-я лінії: карбопрост 0,25 мг в/м кожні 15 хвилин, макс — 2 мг.
- Як проміжний етап між консервативними та хірургічними заходами боротьби з ППК у разі неефективності терапії утеротонічними препаратами застосовують компресію черевної аорти, бімануальну компресію матки, балонну тампонаду матки.

КОМПРЕСІЯ ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ

Застосовується низхідний тиск кулаком черевної аорти прямо через черевну стінку; точка надавлювання знаходиться прямо над пупком і трохи лівіше; в ранньому післяпологовому періоді пульсація аорти може бути легко визначена через передню черевну стінку; другою рукою пальпують пульс на

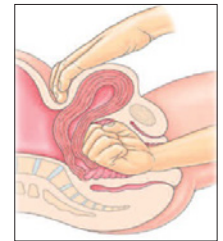


стегновій артерії для оцінки ефективності компресії; якщо пульс визначається, то тиск кулаком оцінюють як недостатній і навпаки.



БІМАНУАЛЬНА КОМПРЕСІЯ МАТКИ

Одна рука вводиться у піхву і притискується до тіла матки. Інша рука внутрішньою стороною долоні кладеться на живіт на дно матки і притискає матку до лона. Бімануальна компресія запобігає продовженню ППК за рахунок підвищення тонусу матки і дає можливість значно зменшити крововтрату.



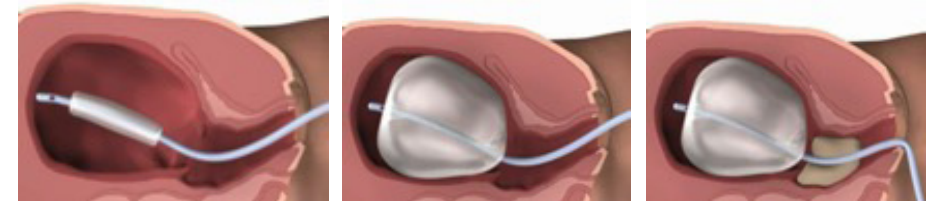
БАЛОННА ТАМПОНАДА МАТКИ

Спеціальний балон або гумова печатка прикріплена до урологічного катетеру вводяться в порожнину матки за допомогою вікончатого затискача (за межі внутрішнього вічка). За допомогою шприца балон заповнюється стерильним фізіологічним розчином в кількості 300–500 мл для забезпечення контр-тиску з метою припинення кровотечі. Інфузія окситоцину продовжується 24 години. В разі продовження кровотечі — додатково вводиться розчин в балон. Балон залишають на 24 години.

Хірургічний гемостаз:

- Двостороннє перев'язування маткових судин.
- Двостороннє перев'язування яєчникових судин.
- Накладання компресійних швів на матку.
- Білатеральне перев'язування внутрішніх клубових (гіпогастральних) артерій.
- Радикальні операції (екстирпація матки без додатків).

Накладання лігатур на маткові та яєчникові судини — є ефективними методами зупинки масивної післяпологової кровотечі. Можливе окреме або сумісне перев'язування маткової артерії та вени. У разі кровотечі, що продовжується, та неефективності накладання першої лігатури можливе накладання нижче другої



лігатури з метою перев'язування нисхідної гілки маткової артерії. Але в цьому випадку слід пам'ятати про анатомічну близькість сечовода. Для підсилення утеротонічного ефекту доцільно разом з білатеральним перев'язуванням маткових судин накладати лігатури на яєчникові судини з обох сторін.

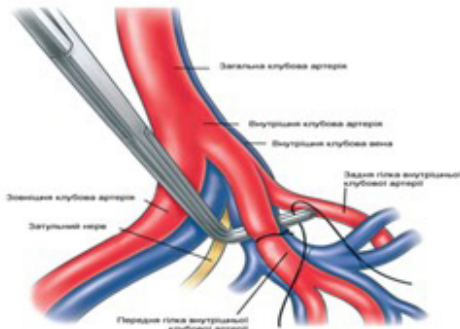
КОМПРЕСІЙНІ ШВИ НА МАТКУ

Три найбільш поширені методики — це шви за B-Lynch, множинні квадратні шви, описані Cho зі співавторами та шви за Pereir. Накладення компресійних швів на матку призводить до тимчасового здавлення міометрія в трьох площинах, що також призводить до тромбоутворення в судинах плацентарної площадки. Ефект від накладення шва триває 24–48 год. Ефективність накладання компресійних швів складає 70–90%.



ПЕРЕВ'ЯЗУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ ПОКАЗАННЯ:

- Атонія матки за неефективності інших методів лікування
- До або після гістеректомії — у разі ЗК $\geq 1,5\%$ від маси тіла
- В комплексній терапії коагулопатичної кровотечі
- Кровотеча з під листків широкої зв'язки матки, стінки таза, параметральної клітковини
- Дифузна кровотеча з ділянки без чіткого визначення джерела кровотечі та ложа судини
- Розрив матки з відривом маткової артерії
- Глибокі розриви шийки матки та склепін'я піхви з технічними труднощами їх ушивання



ПОКАЗАННЯ ДО ГІСТЕРЕКТOMІЇ

- Патологія плацентації (placenta previa, placenta accreta, increta, percreta).
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з міжм'язовими крововиливами і просякненням кров'ю міометрію та розвитком матки Кувелера (Couvelaire).
- Атонія матки, не чутлива до утеротонічних препаратів та за відсутності ефекту від перев'язування магістральних судин матки (маткових, яєчникових, внутрішніх клубових артерій).
- Розрив матки з відривом судин матки та масивною кровотечею, коли перев'язування внутрішніх клубових артерій було неефективним.
- В усіх інших випадках розвитку МАК, стійких до консервативних та хірургічних органозберігаючих методів зупинки кровотечі

ДОКАЗОВІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ППК

- АВТПП — зменшує об'єм крововтрати та ризик виникнення ППК (А). Профілактичне рутинне введення утеротонічних препаратів в III періоді пологів у всіх роділь зменшує ризик розвитку ППК на 60% (А). Роділлям, які народили через природні родові шляхи, без факторів ризику ППК, окситоцин (10 МО внутрішньом'язево) є утеротонічним препаратом вибору для профілактики ППК в III періоді пологів (А). Рутинне застосування карбетоцина не рекомендують в зв'язку з високою ціною.
- У разі розродження шляхом кесарева розтину внутрішньовенне введення 10 МО окситоцину (шляхом повільної внутрішньовенної інфузії) необхідне з утеротонічною метою та для зменшення об'єму крововтрати (С). Для жінок з важкими кардіо-васкулярними захворюваннями введення окситоцину шляхом повільної інфузії низьких доз є більш безпечним, ніж болюсне введення.
- Синтометрин може застосовуватись в разі відсутності гіпертензивних порушень, тому що він зменшує ризик невеликих кровотеч (500–1000 мл), але його призначення підвищує ризик блювання (С).
- Мізопростол є менш ефективним ніж окситоцин, але може використовуватися в разі відсутності окситоцину (при народженні вдома)

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК

Це гостра серцево-судинна недостатність внаслідок акушерської кровотечі, яка призводить до невідповідності ОЦК ємності судинного русла та до дисбалансу між потребою тканин у O_2 та його реальною доставкою.

В результаті зниження ОЦК, венозного повернення і серцевого викиду проходить активація симпатико-адреналової системи, що призводить до спазму істинних резистентних і ємкісних судин, в першу чергу артеріол і прекапілярних сфінктерів в різних органах, виключаючи мозок і серце. Розвивається компенсаторна централізація кровообігу, направлена на покращення перфузії життєво важливих органів.

Критерії оцінки геморагічного шоку за дефіцитом ОЦК, тяжкістю та стадією

Ознаки	Ступінь тяжкості шоку			
	I	II	III	IV
Крововтрата: мл	750–1000	1000–1500	1500–2500	>2500
Крововтрата —% ОЦК	15–20	21–30	31–40	>40
Крововтрата —% маси тіла	0,8–1,2	1,3–1,8	1,9–2,4	>2,4
Пультс уд/хв	100–110	110–120	120–140	понад 140
Систолічний АТ, мм.рт.ст.	понад 90	90–70	70–50	50 і менше
Шоковий індекс	0,8–1,0	1,0–1,5	1,5–2	>2,0
Тест «білої плями», сек	до 2	понад 2	понад 3	Не визначається
Частота дихання (за хв.)	20–25	25–30	до 40	понад 40
Діурез мл/год	30–50	25–30	5–15	Анурія
Стан свідомості	Ясна	Ясна	Неспокій, збудження	Заторможеність, сопор
Стадія шоку	Компенсований	Субкомпенсований	Декомпенсований	Незворотній

Принципи лікування геморагічного шоку

- Негайна зупинка кровотечі консервативними або хірургічними методами.
- Забезпечення адекватного газообміну.
- Поповнення дефіциту ОЦК.
- Профілактика та лікування коагулопатії.
- Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності:
 - лікування серцевої недостатності;
 - профілактика ниркової недостатності;
 - корекція метаболічного ацидозу; стабілізація обміну у клітинах.
- Рання профілактика інфекції.

Інфузійно-трансфузійна терапія при ГШ

Загальний об'єм трансфузії (у % до деф. ОЦК або мл)		200–300 (до 2,5л)	200 (до 3 л)	180 (до 4 л)	170 (до 5 л)	150 (понад 6 л)
тромбоконцентрат		—	—	—	до 4 од	4-10 од
Препарати крові	альбумін 10%, мл	—	—	200	300	понад 300
	кріопреципітат, доз	—	—	—	7–10	понад 10
	Еритроцитарна маса, мл	—	—	10–20	20–30	понад 30
Колоїди	Свіжозаморожена плазма, мл	—	5–10	10–15	15–20	до 30
	ГЕК130/0,42, мл/кг	—	—	5	5	10
	Гелофузин, мл/кг	10	10	5	10	10
Збалансовані кристалоїди	(Стерофундин, р-н Рінгера-лантата), мл/кг	10–15	10	7	7	до 10
Об'єм крововтрати	у % від ОЦК	10–20%	21–30%	31–40%	41–70%	понад 70%
	у % від маси тіла	1–1,5%	1,5–2,0%	2,0–2,5%	2,5–3,6%	понад 3,6%
	у мл	500,0–1000,0	1000,0–1500,0	1500,0–2000,0	2500,0–3000,0	понад 3000,0
Ступінь крововтрати		Легка	Помірна	Тяжка	Вкрай тяжка	Смертельна

ДВЗ- патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності. ДВЗ-синдром — наслідок основного патологічного процесу, що сприяє активації системи згортання крові і утворенню тромбіну. Системна активація коагуляції веде до обструкції судин дрібного і середнього калібру, що порушує кровопостачання органів і призводить до поліорганної недостатності. Внаслідок активації системи згортання, посиленого споживання або деградації білків системи коагуляції може виникнути виснаження факторів згортання, інгібіторів і тромбоцитів. Це призводить до важкого порушення функціонування системи коагуляції, результатом чого є важкі кровотечі.

Етіологічні чинники, які запускають каскад згортання: важкі форми гестозу; ПВНРП; емболія навколоплідними водами, шок геморагічний, анафілактичний, септичний, сепсис; септичний аборт, захворювання серцево-судинної системи, нирок, печінки; цукровий діабет, резус-конфлікт; переливання несумісної крові; синдром масивної гемотрансфузії, внутрішньоутробна загибель плода, операція кесарів розтин, позаматкова вагітність.

За клінічним перебігом розрізняють:

- блискавичний — від 1–2 години (емболія амніотичною рідиною) до 1 доби (септичний шок);
- гострий — від 1 доби до 1 тижня (масивна крововтрата);
- підгострий — від 1 тижня до 1 місяця (сепсис, прееклампсія);
- хронічний — від 1 місяця до 1 року (злоякісні новоутворення тощо).

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ДВЗ

Стадії ДВЗ	Клінічні прояви	Характер змін коагуляційних властивостей крові
I — гіперкоагуляція	Гіперемія шкірних покривів із ціанозом, мармуровість малюнка, озноб, занепокоєння хворої	Активізація калекреїнінової системи, гіперкоагуляція, внутрішньосудинна агрегація як літин крові
II -гіпокоагуляція без генералізованої активації фібрinolізу	Посилення кровотечі зі статевих шляхів, з уражених поверхонь, петехіальні висипи на шкірі, носові кровотечі. Кров, що витікає, містить пухкі згустки, що швидко лізуються	Виснаження гемостатичного потенціалу споживання VIII, V, XIII чинників, фібриногену, тромбоцитів, активація локального фібрinolізу
III -гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібрinolізу	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована кровоточивість з місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах	Різке виснаження чинників згортання в результаті утворення великої кількості тромб-ину. Надходження в кровоток активаторів плазміногену

Стадії ДВЗ	Клінічні прояви	Характер змін коагуляційних властивостей крові
IV — повне незгортання крові	Виділення рідкої крові, що не згортається. Генералізована кровоточивість місць ін'єкцій, операційного поля, гематурія, геморагічні випоти у серозних порожнинах	Гіпокоагуляція крайнього ступеня. Висока фібрinolітична та антикоагуляційна активність

Стадії	Час згортання крові за Лі-Уайто м, хв.	Основні лабораторні показники					Фібриноген, г/л
		Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів 10 ⁹ /л	Протромбіновий час, с	Тромбіновий час, с	
I	< 5 хв	немає	< 30с	175 -425	< 10	< 24	> 5
II	5 - 12	немає	< 30	100-150	12 - 15	> 60	1,5 - 3,0
III	> 12	швидк	60–80	50-100	15 - 18	> 100	0,5 - 1,5
IV	> 60	згусток не утворюється	> 80	< 50	> 18	> 180	Не визначається або сліди
N	6 - 9	немає	30-40	150 -300	11 - 12	16 - 20	2,0 - 4,5

Профілактика ДВЗ-синдрому:

- Адекватне, своєчасне лікування та профілактику станів, які спричиняють розвиток ДВЗ-синдрому.
- Необхідна своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності — похідним гідроксиполіглюкіну 130/0,42 (С). Не застосовують реополіглюкін (В).
- Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат та ін.) (С).
- Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкін, дипіридамола) (С).
- Сьогодні існують докази, що одноразове введення гіперосмотичних розчинів (4 мл/кг) сприяє гіршому утворенню згустку, ніж традиційне лікування гіповолемії колоїдами.

- За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі терміни. При продовженні кровотечі — перев'язка внутрішньої клубової артерії.

Основні принципи лікувальних заходів:

- пріоритетність корекції гемостазу;
- максимально ранній початок;
- відповідність об'єму корекції гемостазу вираженості проявів коагуляційних порушень;
- максимальна інтенсивність впливу на гемостаз;
- своєчасна корекція у відповідності динаміки ДВЗ-синдром з урахуванням попередньої гемостатичної терапії;

Лікувальні заходи включають:

- лікування основного захворювання (хірургічне втручання, проведення медикаментозної та інфузійної терапії),
- відновлення коагуляційного потенціалу крові і корекція коагулопатії споживання, гемостатична та коригуюча гемостаз терапія (свіжозамороженої плазми, криопреципітату або концентрату фібриногену, тромбоконтрату, концентрату протромбінового комплексу, рекомбінантного VIIa фактора, антифібринолітики)
- місцева зупинка кровотечі;
- лікування синдрому ПОН

Тактика корекції клінічних та лабораторних показників ДВЗ-синдрому

Зміна показників	Значення	Корекція	Цільове значення
Тромбоцити менше $50 \times 10^9/\text{л}$	Основний компонент тромба	Тромбомаса Тромбоконтрат	Більше $50 \times 10^9/\text{л}$
Фібриноген менше 1,0 г/л	Основний компонент тромба	Концентрат фібриногена, криопреципітат, СЗП	Більше 1,0 г/л Оптимально більше 2,0 г/л
АЧТЧ більше 1,5 від норми	Зниження рівня факторів внутрішнього шляху. Дія гепарина.	СЗП, фактор VII Інактивація гепарина протаміна сульфатом	Норма
МНВ більше 1,5 від норми	Зниження рівня факторів зовнішнього шляху.	СЗП, концентрат факторів протромбінового комплексу, фактор VII	Не більше 1,3
Гіпокоагуляція на ТЕГ	Дефіцит тромбоцитів і/або факторів згортання крові.	Всі компоненти крові.	Нормо- або гіперкоагуляція
Дифузна кровоточивість	Дія дезагрегантів або антикоагулянтів	Антифібринолітики	Зупинка кровоточивості

Дози препаратів для забезпечення консервативного гемостазу при гострих порушеннях в системі гемостазу

Препарат	Доза	Рівень доказовості рекомендацій
Свіжозаморожена плазма	15–20 мл/кг маси тіла	RCOG — рівень D, ASA — рівень A3 European guideline – рівень C1
Криопреципітат	1 доза на 10 кг маси тіла	RCOG — рівень D ASA — рівень A3 European guideline – рівень C1
Тромбоцитарна маса	1 доза на 10 кг маси тіла	RCOG — рівень D ASA — рівень A3
Тромбоконтрат	1–2 дози	European guideline — рівень C1
Концентрат протромбінового комплексу	При гострій кровотечі 50 ME/кг, при відсутності ефекта протягом 20 хв ввести повторно в тій же дозі.	RCOG — рівень D, ASA — рівень A3 European guideline — рівень C2
Рекомбінантний активований фактор VII	90–110 мкг/кг, при необхідності повторити кожні 3 год	RCOG — рівень D ASA — рівень A1 European guideline — C2
Транексмова кислота	15 мг/кг в/в із наступною постійною інфузією до зупинки кровотечі	ASA — рівень A2-B WHO — слабка рекомендація European guideline – рівень A1

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ № 205 МОЗ України від 24.03.2014 р. «Акушерські кровотечі». — К., 2014.
2. Кровотечі в практиці акушера-гінеколога: навчальний посібник / О. В. Голяновський, С. С. Леуш, Т. Г. Романенко [та ін.]; за ред. О. В. Голяновського; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. — Київ: [б. в.], 2013. — 238 с.
3. A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage An Essential Clinical Reference for Effective Management 2nd Ed. /Edit.: S. Arulkumaran, M. Karoshi, L. G. Keith, A. B. Lalondé, Ch. B-Lynch-The Global Library of Women's Medicine-Sapiens Publishin-2012-654 p
4. Allard S. How we manage the haematological aspects of major obstetric haemorrhage/Allard S, Green L, Hunt BJ. // Br J Haematol. — 2014Jan. — № 164(2):177. — p.88
5. American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Practice guidelines for perioperative blood management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management*. Anesthesiology. 2015 Feb;122(2):241–75.
6. Butwick AJ. Transfusion and coagulation management in major obstetric hemorrhage/Butwick AJ, Goodnough LT. // Curr Opin Anaesthesiol. — 2015Jun. — № 28(3):275. — p84.
7. Collis RE. Haemostatic management of obstetric haemorrhage/Collis RE, Collins PW. // Anaesthesia. — 2015 Jan. — № 70 Suppl 1:78. — p86.
8. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, Rouse DJ. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2015Jul;213(1):76.e1–10.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Antepartum Haemorrhage Green-top Guideline No. 63 November 2011
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top Guideline No. 47 Blood Transfusion in Obstetrics- May 2015
11. Wada H. Disseminated intravascular coagulation: testing and diagnosis /Wada H, Matsumoto T, Yamashita Y, Hatada T. // Clin Chim Acta. — 2014 Sep. — № 25;436:130. — p 4.

Аномалії скоротливої діяльності матки

Аномалії скоротливої діяльності матки — стан, коли частота, тривалість, ритм і сила перейм та потуг не забезпечують динамічного, в межах фізіологічних параметрів часу, просування плода та вигнання його без порушень біомеханізму пологів й підвищеного ризику травми роділлі й плода.

Ці зміни стосуються будь-якого показника скоротливої діяльності:

- Інтервалу
- Тонусу
- Інтенсивності
- Тривалості
- Ритмічності
- Частоти
- Координованості скорочень

Нозології в МКХ-10	
Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та затяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Затяжні пологи	O63
Затяжний перший період пологів	O63.0
Затяжний другий період пологів	O63.1
Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т.д.	O63.2
Затяжні пологи, неуточнені	O63.9

КЛАСИФІКАЦІЯ

- I. Патологічний прелімінарний період
- II. Слабкість пологової діяльності (гіпоактивність чи інертність матки)
 - Первинна
 - Вторинна
 - Слабкість потуг (первинна/вторинна)
- III. Надмірно сильна пологова діяльність (гіперактивність матки)
- IV. Дискоординована пологова діяльність
 - Дискоординація
 - Гіпертонус нижнього сегменту матки (зворотній градієнт)
 - Судомні потуги (тетанія матки)
 - Циркулярна дистоція (контракційне кільце)

Класифікація ВООЗ, 1995

1. Первинна слабкість пологової діяльності:
 - відсутність прогресуючого розкриття шийки матки;
 - первинна гіпотонічна дисфункція матки;
2. Вторинна слабкість пологової діяльності:
 - припинення перейм у активній фазі пологів;
 - вторинна гіпотонічна дисфункція матки.
3. Інші види аномалій пологової діяльності:
 - атонія;
 - хаотичні перейми;
 - слабкі перейми.
 - стрімкі пологи.
4. Гіпертонічні, некоординовані і затяжні скорочення матки:
 - дистоція шийки матки;
 - дискоординована родова діяльність;
 - гіпертонічна дисфункція матки;
 - тетанічні скорочення.

ЧИННИКИ РИЗИКУ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ:

1. Пов'язані з патологією репродуктивної системи (штучні аборти, операції на матці, міоми матки, запальні процеси жіночих статевих органів, аномалії розвитку статевих органів, вік жінки, ендокринні порушення).
2. Акушерські чинники (передчасний розрив плодових оболонок, диспропорція між розмірами таза матері та голівки плода, дистрофічні зміни матки, ригідність тканин шийки матки, перерозтягнення матки у зв'язку з багатоводдям та багатопліддям, аномалії прикріплення плаценти, сідничне передлежання плода, пізній гестоз).
3. Соматичні захворювання (інфекції, інтоксикації, органічні порушення ЦНС, нейроендокринні порушення, судинна дистонія, ожиріння, невротичні стани, анемія, хвороби серця).

4. Зумовлені впливом плода (великий плід, затримка росту плода, хромосомні порушення, переношування вагітності, імуноконфліктна вагітність, ФПН).

5. Ятрогенні чинники (необґрунтоване та несвоєчасне використання утеротоніків, несвоєчасна амніотомія, неадекватне знеболення пологів).

Патогенез аномалій пологової діяльності

- Зміна локалізації «водія» ритму
- Зниження синтезу і порушення співвідношення простагландинів E_2 та P_2a
- Зміна ритмічного викиду окситоцину
- Зміна активності симпатoadреналової системи
- Зменшення утворення і низька щільність α - і β - адренорецепторів, що визначають синхронність скорочення і розслаблення матки
- Біохімічні зміни в міометрії: накопичення недоокислених продуктів → перехід аеробного гліколізу в анаеробний → швидке виснаження запасів глюкози і глікогену

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки Або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Удавані перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкритта менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.	Диспропорція голівки плода і тазу матері
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Шийка матки розкрита повністю. Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнонароджуючих).	Затяжний період вигнання

УДАВАНІ ПЕРЕЙМИ (ПАТОЛОГІЧНИЙ ПРЕЛІМІНАРНИЙ ПЕРІОД)

- Перейми тривають більше 6 годин, можливо до 24–48 годин, характеризуються нерегулярними різної тривалості та інтенсивності переймоподібними болями внизу живота, в ділянці попереку та крижів.
- Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.
- Жінка тривалий час не спить, виснажується.
- Відсутність розкриття шийки матки впродовж 4 год.

Патологічний прелімінарний період спостерігається у жінок з функціональними змінами регуляції центральної нервової системи (страх перед пологами, невроз), нейроциркуляторною дистонією, порушеннями функції ендокринної системи, вегетативними розладами. Патологічний прелімінарний період може бути причиною слабкості пологової діяльності.

ЛІКУВАННЯ

- застосування токолітичної терапії B_2 -адреноміметиками (гексопреналін 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно — 10–15 крапель на хвилину) з урахуванням протипоказань; (А)
- підготовка до пологів інтравагінальним введенням простагландину E_2 (простенол, дінопрост, препидил-гель) (А).

Протипоказання до застосування B_2 -адреноміметиків: (А)

- гіперчутливість;
- передчасне відшарування плаценти;
- маткова кровотеча;
- ендометрит;
- серцево-судинні захворювання, які супроводжуються тахікардією або порушеннями серцевого ритму;
- міокардит;
- вади мітрального клапану;
- стеноз аорти;
- тяжкі ураження печінки та нирок;
- гіпертиреоз
- глаукома.

Побічна дія B_2 -адреноміметиків: (А)

- головний біль;
- запаморочення;
- тремор;
- тахікардія;
- шлуночкова екстрасистолія;
- болі у серці, зниження АТ;
- гіпокаліємія, зниження діурезу;
- набряки.

- у новонародженого можливі гіпокаліємія та ацидоз.
- у разі виникнення тахікардії у роділлі (> 100 уд/хв) показано введення верапамілу та препаратів калію

Протипоказання до застосування простагландинів: (А)

- органічні захворювання серця;
- захворювання органів дихання (бронхіальна астма, алергічний бронхіт, емфізема, бронхоектатична хвороба, туберкульоз);
- виразкова хвороба шлунка, виразковий коліт;
- тяжкі порушення функції нирок та печінки;
- глаукома;
- епілепсія;
- тиреотоксикоз;
- захворювання крові (серповидноцелюлярна анемія, коагулопатія);
- системні захворювання сполучної тканини;
- інфекції нижніх відділів статевих шляхів;
- алергія на простагландин E2;
- оперована матка (кесарів розтин, консервативна міомектомія), міома, аномалії розвитку матки.

Слабкість пологової діяльності — аномалія пологової діяльності, при якій перейми недостатньої сили та тривалості, зі збільшеним проміжком часу між ними, внаслідок чого згладжування, розкриття шийки матки та просування плода по пологовим шляхам сповільнюються.

При первинній слабкості пологової діяльності перейми з початком пологів недостатньої сили, частоти та тривалості.

Вторинна слабкість пологової діяльності характеризується зменшенням сили, частоти та тривалості перейм після періоду тривалої ефективної регулярної пологової діяльності.

Слабкість пологової діяльності характеризується:

- динаміка розкриття шийки матки менше 1-го см за годину.
- менше, ніж 3 перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 сек.;
- крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.
- Діагностика слабкості пологової діяльності базується на визначенні ефективності перейм, динаміки розкриття шийки матки та просування передлеглої частини.
- Незадовільний прогрес пологів діагностується за допомогою партограми.

Усладнення:

- дистрес плода;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод;
- затяжний перебіг пологів;
- травми матері;
- травми плода.

ЛІКУВАННЯ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі.
- Пологопідсилення в/венним краплинним введенням 5 ОД окситоцину
- При відсутності ефекту від пологопідсилення протягом 6–8 год — розродження шляхом операції кесарів розтин.

Умови призначення утеротонічних засобів:

- відсутність плідного міхура;
- відповідність розмірів плода і тазу матері.

Протипоказання до призначення утеротонічних засобів:

- клінічно вузький таз;
- оперована матка;
- аномалії положення та передлежання плода;
- дистрес плода;
- передлежання плаценти;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- стріктура піхви;
- дистоція, атрезія, рубцеві зміни шийки матки;
- гіперчутливість.

СЛАБКІСТЬ ПОТУЖНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- Збільшення тривалості періоду вигнання
- шийка матки розкрита повністю;
- голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу;
- тривалість періоду вигнання більше 2 годин (у разі епідуральної анестезії більше 3 годин) та 1 години для жінок, які народжують повторно (у разі епідуральної анестезії більше 2 годин).

ЛІКУВАННЯ СЛАБКОСТІ ПОТУЖНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

1. Пологопідсилення — внутрішньовенним крапельним введенням окситоцину.
2. При неефективності пологопідсилення– розродження шляхом операції накладання акушерських щипців, вакуум-екстракції плода, екстракції плода за тазовий кінець.

МЕТОДИКА ВВЕДЕННЯ ОКСИТОЦИНУ

З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

- З метою внутрішньовенної інфузії 1 мл окситоцину (5 ОД) розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Обов'язкове проведення катетеризації ліктьової вени для забезпечення активної поведінки роділлі. Починається введення зі швидкістю 6–8 крапель/хв. При досягненні ефекту через 30 хвилин швидкість введення залишається попередньою. У разі відсутності ефекту швидкість введення збільшують кожних 30 хви-

лин на 6 крапель. Максимальна швидкість введення не має перевищувати 40 крапель у одну хвилину.

Надмірно сильна пологова діяльність характеризується:

- перейми високої інтенсивності, довготривалі
- частота скорочень матки більша 5 протягом 10 хвилин;
- тривалість швидких пологів менше 6 годин для жінок, що народжують вперше, та менше 4 годин для жінок, що народжують повторно;
- тривалість стрімких пологів менше 4 годин для жінок, що народжують вперше, та менше 2 годин для жінок, що народжують повторно.

Ускладнення

- Дистрес плода внаслідок порушення матково-плацентарного кровообігу;
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- Травми плода (кефалогематоми, відрив намету мозочка, крововиливи внутрішньочерепні, в спинний мозок, під капсулу печінки, в наднирники, переломи ключиці) внаслідок швидкого просування голівки по пологовим шляхам.
- Травми роділлі (розриви шийки матки, піхви, промежини, розходження лонного зчленування).
- Гіпотонічні та атонічні кровотечі в послідовому та післяпологовому періодах.

Лікування

1. Положення на боці, протилежному позиції плода.
2. Седативна терапія.
3. При розкритті шийки матки менше 6 см та відсутності протипоказань — медикаментозний токоліз.
4. Спазмолітики.
5. Перидуральна анестезія.

ТОКОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ

- Для проведення токолізу гексопреналіну сульфат 25 мкг (5 мл) розводиться у 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводиться внутрішньовенно крапельно повільно, починаючи з 8 крапель/хв. до 10–15 крапель/хв. (не перевищувати частоту введення 15–20 крапель/хв.) під спостереженням за активністю перейм.

ДИСКООРДИНОВАНА ПОЛОГОВА ДІЯЛЬНІСТЬ

- відсутність синхронної хвилі скорочень різних відділів матки;
- гіпертонус нижнього сегменту (зворотній градієнт);
- нерегулярні, сильні, різко болючі перейми;
- порушення ритму переймів;
- набряк та відсутність динаміки розкриття шийки матки;

- уповільнення або відсутність просування голівки;
- судомоподібні перейми (тетанія матки);
- дистопія шийки матки.

Ускладнення

- Дистрес плода;
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- Затяжний період пологів;
- Розриви шийки матки та піхви;
- Травми новонародженого.

Лікування

1. Медикаментозний токоліз (гексопреналіну сульфат 25 мкг).
2. Епідуральна анестезія
3. Немедикаментозна профілактика дистресу плода (зміна положення тіла, регуляція дихання).
5. За наявності протипоказань до корекції пологової діяльності, за неефективності медикаментозної корекції впродовж 6 годин — кесарів розтин.

Прогнозовані ускладнення залежно від типу порушень пологової діяльності (В, С)

Гіподинамічна пологова діяльність	Гіпердинамічна пологова діяльність
Передчасний розрив плідного міхура	Передчасний розрив плідного міхура
Випадіння пуповини та дрібних частин плода	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
Дистрес плода	Гостре порушення матково-плацентарного кровообігу
Аспірація плодом навколоплідних вод	Гостра гіпоксія плода
Амніохоріоніт у пологах	Емболія навколоплідними водами, ДВЗ-синдром, кровотеча.
Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження	Підвищена частота кесаревого розтину й інших втручань для розродження
Пологова травма	Пологова травма
Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді	Гіпотонічна кровотеча у ранньому післяпологовому періоді

Профілактика

Жінкам, які входять до групи ризику аномалій пологової діяльності, необхідно:

- проводити фізіопротективну підготовку до пологів;
- навчити методам м'язового розслаблення, контролю за тонусом мускулатури;
- нічний сон повинен становити 8–10 годин;
- тривале перебування на свіжому повітрі, раціональне харчування.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.
2. Акушерство и гинекология./Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment. Eleven Edition/ Лорен Натан, Алан Х. ДеЧерни. 2012.
3. <https://almostadoctor.co.uk/about>
4. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
5. www.med.unc.edu/obgyn/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
6. <http://www.obgynstudent.com/about/>
7. [https://emedicine.medscape.com/article/273053/Abnormal Labor](https://emedicine.medscape.com/article/273053/Abnormal-Labor)

Ведення вагітності у жінок з імунними конфліктами

Ізоімунізація — одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та приводить до тяжких порушень стану плода і немовляти.

Найчастіше зустрічаються:

	ізоімунізація по резус (Rh)	фактору;
	ізоімунізація по ABO	системі.
Код по МКБ — 10		
O36.0 Резус-ізоімунізація, при якій мати потребує надання медичної допомоги		
O36.1 Інші форми ізоімунізації, при яких мати потребує надання медичної допомоги		
O36.2 Водянка плода, при якій мати потребує надання медичної допомоги		

ІЗОІМУНІЗАЦІЯ ПО RH-ФАКТОРУ

Rh-ізоімунізація — гуморальна імунна відповідь на еритроцитарні антигени (Ag) плода Rh-групи, включаючи Cc, Dd і Ee (кодується Rh-алелями). Антитіла (At), які утворилися, проникаючи через плаценту, викликають екстравазкулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода At жінки і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластозу плода. Це наявність в крові матері Ig G — антитіл як прояв вторинної імунної відповіді у сенсibilізованих жінок внаслідок несумісності крові матері та плода по резус системі.

Фактори ризику:

- штучний аборт в анамнезі;
- самовільний аборт в анамнезі;
- переливання Rh-позитивної крові в анамнезі;
- позаматкова вагітність;
- відсутність специфічної профілактики Rh-конфлікту після завершення попередньої вагітності;
- наявність Rh-конфлікту при попередніх вагітностях.

Ризик ізоімунізації збільшують:

- відшарування плаценти;
- оперативні втручання (ручне відділення плаценти, кесарський розтин, амніоцентез) в анамнезі або під час даної вагітності;
- вірусна інфекція (герпетична, цитомегаловірусна).

- Інвазивні методи пренатальної діагностики (біопсія хоріона, амніоцентез, кордоцентез);
- Допологова кровотеча (маткова кровотеча при вагітності);
- Зовнішній поворот плода на голівку;
- Травма живота (відкрита / закрита, гостра / тупа);
- Евакуація міхурцевого занеску;
- Внутрішньоутробна загибель плода, завмерла вагітність;
- Внутрішньоматкові терапевтичні втручання (лазер, хірургія, трансфузії, амніодренаж, введення шунта, ембріоредукція);
- Спонтанний аборт, загрозовий аборт;
- Медичний (штучний) аборт, в тому числі медикаментозний.

AB0-конфлікт розвивається за умови існування несумісного поєднання груп крові матері і плода та при наявності у матері Ат до еритроцитів групи крові плода. Групові Ат можуть утворюватися в організмі матері до вагітності у відповідь на проведену гемотерапію, введення вакцин та лікувальних сироваток, при контакті матері з бактеріями, що містять антигенні фактори А і В.

Антигени плода А і В викликають підвищене вироблення α - чи β -Ат. Найчастіше імунна несумісність виявляється при наявності у матері 0(1) групи крові, а у плода А(II), рідше В(III) або АВ(IV). У випадку імунного конфлікту по АВ0-системі у крові матері з'являються α - чи β -Ат: агглютиніни та гемолізину.

Ізоімунізація по системі АВ0 може бути причиною гемолітичної хвороби (ГХ) немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритроblastоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі АВ0 еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому Ат не встигають синтезуватися.

Обстеження вагітних на групові імунні Ат доцільне у жінок зі звичним невиношуванням, антенатальною загибеллю плода в анамнезі.

AB0-несумісність пом'якшує перебіг вагітності при Rh-конфлікті.

Rh-конфлікт частіше виникає, якщо вагітна і плід мають однакові чи сумісні по системі АВ0 групи крові.

Гемолітична хвороба (ГХ) плода і новонародженого — ізоімунна гемолітична анемія, що виникає у випадках несумісності крові матері та плода по еритроцитарних Ag, при цьому Ag локалізуються на еритроцитах плода, а Ат виробляються в організмі матері. Синонім: еритроblastоз плода та новонародженого.

ДІАГНОСТИКА ІЗОІМУННОГО КОНФЛІКТУ

Анамнез: переливання крові без урахування Rh -належності, аборти, мертворождення чи народження дітей з гемолітичною хворобою (ГХ), наявність факту переливання будь — яких препаратів компонентів донорської

крові без врахування резус — належності крові донора, відомості про специфічну профілактику ізоімунізації при попередніх вагітностях.

Визначають титр Rh-Ат тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого перебігу вагітності (при Rh — негативній належності крові у вагітної та Rh

З позитивній у батька майбутньої дитини) відповідно Наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417. Ступінь ізоімунізації оцінюють по величині титру анти — Rh-антитіл. Але визначення титра антитіл не дозволяють достовірно встановити наявність і ступінь важкості ГХ плода.

ДІАГНОСТИКА ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА

Найбільш ефективною, своєчасною і безпечною методикою діагностики гемолітичної хвороби (ГХ) плода сьогодні є доплерометричний метод, який запропонували Mari G. et al в 1995 р. Неінвазивне визначення максимальної систолічної швидкості кровотоку в середній мозковій артерії (МСШ СМА) до 35 тижнів вагітності має виражену кореляцію з рівнем гематокрита та гемоглобіна в крові плода, отриманої при кордоцентезі (1 b).

Проведення амніоцентезу для визначення оптичної щільності білірубину навколоплідних вод в теперішній час не виконується, враховуючи низьку інформативність.

Збільшення максимальної систолічної швидкості в середній мозковій артерії більше 1,5 МоМ від вікової норми може означати розвиток важкої анемії у плода і є показанням до діагностичного кордоцентезу з послідовним переливанням відмитих еритроцитів донора при підтвердженні діагнозу. Перевага доплерометрії СМА, що діагностується саме анемія, тобто дана методика може бути використана і для діагностики анемії плода інфекційного генеза (парвовірусна інфекція) і при аллоімунізації по системі Kell, при якій основним механізмом розвитку анемії є не гемоліз. Після 35 тижнів вагітності інформативність доплерометрії МСШ СМА погіршується, тому оцінка плода повинна включати результати біофізичного профілю, доплерометрії.

Кордоцентез — взяття крові з пуповини плода через передню черевну стінку жінки (проводять у закладі охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги при наявності підготовлених спеціалістів згідно з наказом МОЗ від 31.12.03 № 691/84 "Про удосконалення медико-генетичної служби в Україні").

У пуповинній крові плода визначають:

Гемоглобін і гематокрит
групу крові та Rh фактор
рівень білірубину; кислотно-лужний стан
кількість ретикулоцитів;
сироватковий білок;
Ат, фіксовані на еритроцитах плода

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

Зниження на 15% і більше показників гемоглобіну та гематокриту до 25 та менше є показанням для переливання плоду відмитих еритроцитів донора.

Методом лікування важких форм гемолітичної хвороби плоду є проведення внутрішньо маткових, внутрішньо судинних переливань відмитих еритроцитів донора. Об'єм переливання відмитих еритроцитів донора розраховують на основі фетоплацентарного об'єму для даного терміну вагітності, показників висхідного Ht (або Hb) та показників Ht (або Hb) відмитих еритроцитів донора. Необхідність повторних трансфузій плоду визначається терміном вагітності на момент попереднього переливання, показника кінцевого Ht плоду та динаміці змін максимальної систолічної швидкості кровотоку в середній мозковій артерії. Зас тосування сучасних технологій дозволяє проводити переливання відмитих еритроцитів донора до 35–36 тижнів вагітності. При важкій анемії плоду, набрякових формах гемолітичної хвороби плоду, після переливання відмитих еритроцитів донора плоду ліпше оперативне розродження.

ПОСТНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГХ НОВОНАРОДЖЕНОГО

У крові із судин пуповини плода проводять визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубину.

Швидкість погодинного наростання рівня білірубину, рівень Hb і Ht.

Постановка прямої реакції Кумбса здійснюється із периферичної крові плода

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

ПРОФІЛАКТИКА RH-ІМУНІЗАЦІЇ:

Профілактика під час вагітності при відсутності імунізації вагітної.

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

- у термін вагітності 28–32 тижнів;
- у разі появи симптомів загрози переривання вагітності до 28 тижнів;
- після амніоцентезу чи біопсії хоріону;
- після видалення міхурного заносу;
- після позаматкової вагітності;
- після переривання вагітності (не пізніше 48 годин після абортів);
- після випадкової трансфузії Rh-позитивної крові Rh-негативній жінці;

- після переливання тромбоцитарної маси;
- у клінічних ситуаціях, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровотоки матері:
 - відшарування плаценти, чи маткова кровотеча (неясної етіології);
 - травма матері (наприклад, автомобільна катастрофа).

У терміні вагітності до 13 тижнів доза анти Rh	імуноглобуліна складає 75 мкг, при терміні вагітності більше 13 тижнів — 300 мкг
---	---

Обґрунтуванням використання доз анти — D Ig у різні терміни вагітності є дані про типові обсяги плодово — материнських трансфузій при фізіологічній вагітності в залежності від терміну вагітності (обсяг фетальної крові в кровообігу матері зростає зі збільшенням терміну вагітності, може досягати 34–40 мл в пологах).

Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини:

впродовж перших 72 годин в/м вводиться	1 доза (300 мкг) анти- D Rh імуноглобуліна
---	---

Протипоказання до введення анти-Rh₀ (D) імуноглобуліну:
Відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини

Профілактика ГХ по системі АВ0 під час вагітності не проводиться. Неспецифічна медикаментозна профілактика та лікування Rh-конфлікту не проводяться.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство / Під ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, М. Є. Яроцького 2010. — Медицина с. 73–78 с. 448
2. Matthews D. S. Hemolytic disease of fetus and newborn: managing the mother, fetus and newborn. Heematology Am. Soc. Hematol. Educ. Programme. 2015; 2015 (1): 51–141.
3. Crowther C. Anti — D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunization/ C. Crowther, P. Middleton, R. Mc Bain// Cochrane Database Syst. Rev. 2013.
4. Qureshi H. BCSH guideline for the use of anti —D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn/ H. Qureshi. E. Massey, D. Kirwan, et al.//Trans. fus. Med. — 2014. — N24 (1). — p. 8–20.
5. <https://almostadoctor.co.uk/about>
6. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
7. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
8. <http://www.obgynstudent.com/about/>

Оперативне акушерство (вакуум-екстрауція плода, акушерські щипці, плодорушнівні операції). Кесарів розтин. Пологовий травматизм.

Оперативне акушерство є актуальною проблемою сучасного акушерства, що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода — піхвові методи інструментального розродження, що застосовуються у разі виникнення ускладнень, які вимагають негайного закінчення пологів (якщо не можна виконати кесарів розтин). Частота застосування акушерських щипців та вакуумексTRACTОРА коливається в межах 1,5–15% у різних країнах.

Першим акушерські щипці винайшов шотландський лікар Чемберлен, який зберігав свій винахід у таємниці (XVII ст.). Тому пріоритет у винайденні акушерських щипців належить Пальфіну (Франція, початок XVIII ст.). У сучасному акушерстві існує велика кількість модифікацій акушерських щипців. Розрізняють щипці Сімпсона — Феноменова (англійські), які мають головну і тазову кривизну; прямі щипці Кіланда та Лазаревича (російські), які мають тільки головну кривизну, та ін.

Будова щипців Сімпсона-Феноменова. Щипці складаються з двох ложок (права та ліва). Кожна ложка має ложку, замок і рукоятку. Замок у щипцях помірно рухомий, рукоятки зовні ребристі, щоб не сковзали руки лікаря. Над рукояткою на зовнішній частині щипців розміщені гачки Буша, які дають змогу визначити правильність накладення щипців та розвинути значну силу при їх витяганні. Ліва ложка щипців відрізняється від правої тим, що на ній замок розташований зверху, її рукоятка при зібраних щипцях звернена до лівої руки лікаря, а права ложка — до правої руки. Маса щипців — близько 500 г.

I. Показання з боку матері:

А. Патологія вагітності та пологів.

1. Тяжкий ступінь прееклампсії або еклампсія.
2. Передчасне відшарування плаценти в другому періоді пологів, коли голівка перебуває в порожнині малого тазу.
3. Ендометрит під час пологів.
4. Слабкість пологової діяльності в другому періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.
5. Емболія навколоплідними водами та інші невідкладні стани.

Б. Тяжка екстрагенітальна патологія, яка вимагає виключення або скорочення II періоду пологів:

1. Декомпенсовані захворювання серцево-судинної системи (вади серця, порушення серцевого ритму, стенокардія, інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, тощо).

2. Загроза або початок відшарування сітківки ока.
3. Крововилив в мозок (інсульт).
4. Гостра дихальна, печінкова, ниркова недостатність.
5. Тромбоемболія легеневої артерії.
6. Кровохаркання, набряк легенів та інші.

II. Показання з боку плода:

Дистрес плода.

Протипоказання для застосування акушерських щипців:

1. Мертвий плід.
2. Недоношений (вага менше 2000 г) або гігантський плід (вага більше 5000 г).
3. Аномалії розвитку плоду (гідроцефалія, аненцефалія).
4. Анатомічно вузький таз (II, III і IV ступенів) та клінічно вузький таз.
5. Розгинальні вставлення голівки (передній вид передньо-головного, лобного, лицевого).
6. Голівка плода знаходиться над входом в малий таз, притиснута, вставилася малим або великим сегментом в площину входу в малий таз.
7. Високе пряме стояння голівки.
8. Тазове передлежання плоду.
9. Неповне відкриття шийки матки.
10. Велика родова пухлина на голівці плоду.

Умови виконання:

- живий плід;
- повне відкриття шийки матки;
- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів голівки плода розмірам таза матері;
- розташування голівки в порожнині або у виході в малий таз.

Підготовка до операції накладання акушерських щипців:

- обробка зовнішніх статевих органів розчином антисептика;
- катетеризація сечового міхура;
- піхвове дослідження для визначення умов для накладення щипців;
- обов'язково знеболення (інгальційний або внутрішньовенний наркоз) для розслаблення м'яких тканин,
- епізіо- або перинеотомія

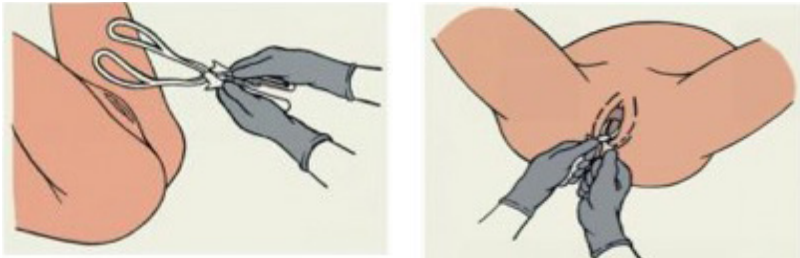


Техніка накладання акушерських щипців:

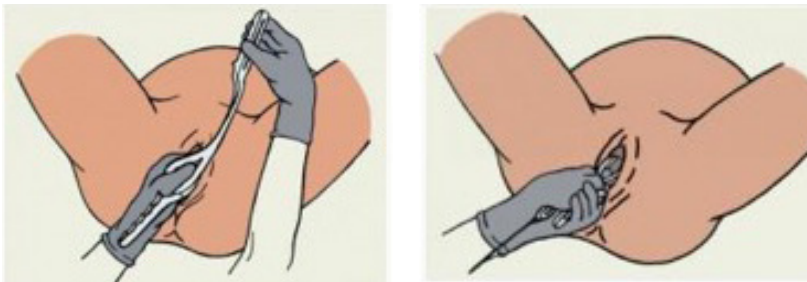
1. Введення і розміщення ложок щипців.
2. Замикання гілок щипців.
3. Пробна тракція.
4. Робочі тракції — екстракція плода;



5. Зняття щипців.



6. Народження плечиків.

**Правила накладання щипців (за М. С. Малиновським):**

I потрійне правило — «три ліворуч — три праворуч»; спочатку вводять ліву ложку лівою рукою в ліву половину таза, потім — праву ложку правою рукою в праву половину таза; II потрійне правило — «три осі»; при накладенні щипців мають збігтися три осі — поздовжня вісь таза, голівки, щипців. Для цього введення щипців має бути спрямоване верхівками догори, ложки мають лягти на голівку біпаріетально, провідна точка має перебувати в одній площині із замковою частиною щипців;

III потрійне правило — «три позиції — три тракції».

Перша позиція третього потрійного правила — голівка плода у вході в малий таз. Акушер здійснює тракції донизу, в напрямку до своїх стоп. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються високими і на сьогодні не застосовуються.

Друга позиція — голівка в порожнині малого таза, то тракції спрямовані на коліна акушера, що сидить. Щипці, накладені при такому положенні голівки, називаються порожнинними.

Третя позиція — голівка у виході з малого таза, то тракції спрямовані на груди — горизонтально (на себе), а після утворення точки фіксації (при прорізуванні) — на лице акушера, який сидить (угору). Щипці, накладені при такому розміщенні голівки, називаються вихідними.

Ускладнення:

- травми пологових шляхів — розриви піхви, промежини, шийки матки і нижнього сегмента;
- травми сусідніх органів: сечового міхура, прямої кишки;
- післяпологові нориці;
- травми плода — гематоми, внутрішньочерепні крововиливи, втиснення кісток черепа, парез лицевого нерва, крововиливи у очне яблуко;
- післяпологові інфекційні захворювання.

Вакуум-екстракція плода — розроджуча операція, при якій плід витягують через природні пологові шляхи за допомогою вакуум-екстрактора, що розміщується на голівці і фіксується за допомогою від'ємного тиску. Вакуумекстрактор (моделі Мальмстрема, Чачави та ін.) складається з вакуум-апарата і чашок, які накладають на голівку плода. Принцип роботи апарата ґрунтується на створенні негативного тиску між внутрішньою поверхнею чашки і голівкою плода, що дає змогу витягти плід з пологових шляхів.

Вакуум-екстрактор у 1954 р. Malmstrom як альтернативу акушерським щипцям.

Основні показання для операції вакуум-екстракції плода:

1. Первинна та вторинна слабкість родової діяльності.
2. Хоріоамніоніт у пологах.
3. Дистрес плода (за умов відсутності умов здійснення кесаревого розтину).
4. За наявності у роділлі екстрагенітальної патології, що вимагає вкорочення потуг.

**Протипоказання для операції вакуум-екстракції плода (ті самі, що й для акушерських щипців):**

1. Розгинальні вставлення голівки.
2. Невідповідність розмірів таза та голівки плода.
3. Захворювання роділлі та ускладнення вагітності, що потребують виключення потуг: екстрагенітальні захворювання та прееклампсія тяжкого ступеня.

Умови виконання:

- живий плід;
- повне відкриття шийки матки;
- відсутність плодового міхура;
- відповідність розмірів голівки плода розмірам таза роділлі;
- голівка в положенні + 2 і нижче (у вузькій частині порожнини таза або біля виходу з таза); — активна участь роділлі в пологах.

ОПЕРАЦІЯ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ СКЛАДАЄТЬСЯ З НИЗКИ ПОСТУПОВИХ ДІЙ:

1. Введення чашечки вакуум-екстрактора і розміщення її на голівці плода.
2. Створення негативного тиску між голівкою плода і чашечкою вакуум-екстрактора.
3. Тракція з вилученням плода.
4. Зняття чашечки вакуум-екстрактора з голівки плода шляхом поступового зменшення негативного тиску.

ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ

Чашечку вводять бічною поверхнею в прямому діаметрі виходу з таза правою рукою, потім повертають її в поперечний розмір, притискають до голівки плода ближче до малого тім'ячка.

Положення чашечки має відповідати "серединній точці згинання".

Варто переконатися в тому, що м'які тканини пологових шляхів не потрапили між чашкою і голівкою плода.

До чашечки приєднують вакуум-апарат і поступово, упродовж 2–3 хв, створюють у системі негативний тиск.

Тракції починають синхронно із матковими скороченнями і потугами вздовж осі таза відповідно до біомеханізму пологів, кількість тракцій не повинна перевищувати 4-х.

Напрямок тракцій залежить від положення голівки плода в малому тазу і має імітувати її просування пологовим каналом. Зазвичай їх проводять у напрямку вниз, на себе і догори. Після прорізування тім'яних горбів чашку знімають, при цьому поступово нормалізують тиск в апараті.

Голівку плода виводять за допомогою ручних прийомів, виконують захист промежини (за показаннями — епізіотомію).

Тривалість вакуум-екстракції не має перевищувати 15–20 хв (до 30 хв).

УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ ПЛОДА:

1. Зісковзування чашки вакуум-екстрактора.
2. Відсутність просування голівки плода.
3. Травмування плода: кефалогематоми, черепно-мозкова травма плода (крововилив), ураження ЦНС різного ступеня тяжкості.
4. Ураження м'яких тканин пологового каналу матері.

ВИТЯГАННЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВИЙ КІНЕЦЬ

Витягання плода за тазовий кінець — це ургентна операція завдяки якій плід, що перебуває в одному з трьох варіантів тазового передлежання, витягується з пологових шляхів. Операція виконується тільки за показаннями.

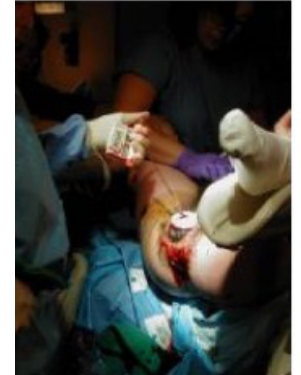
Існує три види операцій витягання плода за тазовий кінець:

- витягання плода за одну ніжку,
- за обидві ніжки,
- за паховий згин.

Показання і умови для всіх видів операції витягання плода за тазовий кінець є одними і тими самими.

Показаннями для витягання плода за тазовий кінець є всі ті ускладнення, які вимагають термінового закінчення пологів:

- Важка прееклампсія та еклампсія в пологах.
- Важка екстрагенітальна патологія у матері (розлади дихання або серцевої діяльності при захворюваннях легень і серцево-судинної системи, захворювання інших органів у фазі субкомпенсації або декомпенсації)
- Слабкість пологової діяльності.
- Септичні ускладнення під час пологорозрішення (ендометрит).
- Дистрес плода.

**Умови:**

- Шийка матки повинна бути повністю відкрита.
- Плодовий міхур відсутній.
- Розміри голівки плода повинні відповідати розмірам тазу.
- Живий плід.

Протипоказання:

- Маса плода 3700,0 і більше
- Вузький таз
- Відсутність хоча б однієї з умов

ОПЕРАЦІЯ ВИТЯГАННЯ ПЛОДА ЗА НІЖКУ

Проводиться при неповному ніжному передлежанні. Техніка операції складається з трьох етапів.

Перший етап — витягання плода до нижнього кута передньої лопатки. Його виконання складається з трьох послідовних моментів:

1) передня ніжка захоплюється всією рукою, причому великий палець розміщується паралельно довжині гомілки (за Феноменовим). Решта пальців охоплює гомілку спереду;

2) тракція донизу. Ніжку в міру витягання захоплюють якомога ближче до статевої щілини (її можна витягати і обома руками). З-під симфізу народжується ділянка переднього пахового згину та крило клубової кістки. Ця область фіксується під симфізом для того, щоб задня сідниця прорізалась над промежиною. Потім обома руками переднє стегно підіймається догори, задня сідниця народжується над промежиною, а задня ніжка випадає сама або її витягують; 3) після народження сідниць руки хірурга переносяться на плід так, щоб великі пальці розміщувались на крижах, а решта охоплювали стегна. Тракції виконують вниз і на себе. Тулуб народжується в косому розмірі, спинкою вперед до симфізу.

Руки акушера не можна розміщувати на животі плода, оскільки це загрожує пошкодженням органів його черевної порожнини. Тракціями на себе тулуб

витягається до нижнього кута передньої лопатки. На цьому закінчується перший етап операції.

Другий етап — звільнення плечового поясу.

1) звільнення задньої ручки і плечика.

2) звільнення передньої ручки і плечика.

Третій етап — звільнення голівки.

Голівку виводять як при прийому Морісо-Левре.

Під час операції витягання плода помічник обережно тисне через живіт на голівку, щоб зберегти правильне членорозміщення плода.

Плодоруйнівні операції

- операції, які зменшують об'єм плода за рахунок зменшення об'ємних частин: краніотомія, евентерація;
- операції розчленування плода на частини і витягання плода по частинах: декапітація, спондилотомія, екзартикуляція;

операції, які зменшують об'єм тіла за рахунок максимального збільшення рухомості між окремими частинами тіла плода: клейдотомія, пункція черепа при гідроцефалії, переломи кісток кінцівок.

Краніотомія – це операція, при якій зменшується об'єм черепа плода. В поняття краніотомії входять такі послідові втручання:

- *перфорація голівки* (perforatio capitis);
- *ексцеребрація голівки* (excerebratio capitis) – руйнування мозку і видалення;
- *краніоклазія* (cranioclasia) – стиснення перфорованої голівки з наступним виведенням родовими шляхами.

Показання: всі випадки загибелі плода, очікуваною масою понад 2500,0, з метою уникнення травм пологового каналу.

Умови для краніотомії:

- відсутність абсолютно вузького таза (с. vera > 6 см);
- розкриття шийки матки при перфорації та ексцеребрації голівки повинна бути > 6 см, а при краніоклазії — повне;
- голівка плода повинна бути фіксована помічником при всіх трьох моментах операції краніотомії; — краніотомію проводять під наркозом, це забезпечує знеболюючий ефект, захищає психіку роділлі, полегшує фіксацію голівки плода помічником через черевні покрови;
- операція повинна виконуватись під контролем зору, навіть в тих випадках, коли голівка плода щільно фіксована в порожнині таза при повному відкритті шийки матки.

ДЛЯ ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ КРАНІОТОМІЇ НЕОБХІДНІ НАСТУПНІ СПЕЦІАЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ:

- перфоратор (прободник) Феноменова, або перфоратор Бло, або ножиці-подібний перфоратор Смеллі;
- ложка-катетер (ексцеребратор Агафонов), або велика тупа ложка, або тупа кюретка;
- краніокласт Брауна;

- вагінальні дзеркала та підйомники;
- двозубці чи кульові щипці;
- скальпель;
- ножиці Феноменова або Зібольда.

Ексцеребрація — руйнування мозку. В перфораційний отвір вводять велику тупу ложку (ложка Феноменова) або велику кюретку, якою руйнують та видаляють мозок.

Краніоклазія — це операція, при якій зменшену перфоровану голівку плода витягують за допомогою краніокласта.

Спонділотомія — розтин хребта.

Евентрація — видалення внутрішніх органів черевної чи грудної порожнини.

Клейдотомія — розтин ключиці, виконується для зменшення об'єму плечового поясу шляхом розсічення ключиць.

Показання: труднощі при виведенні плечиків плода.

Окружність плечового поясу при односторонній клейдотомії зменшується до 2,53 см, при двосторонній — на 5–6 см.

Декапітація — обезголовлення плода.

Показання:

- запущене поперечне положення мертвого плода.

Умови:

- повне відкриття маткового вічка;
- доступність шийки плода для обстеження та маніпуляцій; — достатні розміри таза (с. vera > 6 см).

Інструментарій: гачок Брауна і ножиці Зібольда.

МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПЛОДОРУЙНІВНИХ ОПЕРАЦІЯХ (НАСИЛЬНІ ТРАВМИ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ВТРУЧАННЯ):

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Травми піхви.
3. Гематоми вульви та піхви.
4. Травми шийки матки.
5. Перфорація матки.
6. Травма сечовивідного каналу, сечового міхура.
7. Травма кісткового таза.

Після кожної плодоруйнівної операції необхідно ретельно перевірити цілісність пологових шляхів; виконати ручне обстеження стінок матки з попереднім видаленням посліду, щоб переконатися в цілісності її стінок; перевірити сечовий міхур шляхом катетеризації.

Кесарів розтин — метод оперативного розродження, при якому народження дитини відбувається через розріз передньої черевної стінки та матки.

Види кесаревого розтину:

- *черевностінковий* — розтин матки проводять через передню черевну стінку,
- *піхвовий* — через піхву.

Черевностінковий кесарів розтин:

- класичний кесарів розтин з розрізом по передній стінці матки при доношеній вагітності;
- малий кесарів розтин при недоношеній вагітності, коли ще не утворився нижній сегмент матки;
- кесарів розтин у нижньому сегменті матки з поперечним або поздовжнім розрізом, при якому необхідно розсікати міхурово-маткову складку;
- екстраперитонеальний кесарів розтин за методом Морозова (Черні);
- кесарів розтин за Дерфлером,
- кесарів розтин за Джоел — Кохен (Joel-Cohen).

Піхвовий кесарів розтин проводять дуже рідко, лише при недоношеній вагітності.

СЕРЙОЗНІ РИЗИКИ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ОПЕРАЦІЄЮ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ:**Для матері:**

- гістеректомія (7–8 на 1000)
- повторні хірургічні втручання (5 на 1000)
- перебування у відділенні інтенсивного спостереження (залежить від причини операції) (9 на 1000)
- тромбоемболічні ускладнення (4–16 на 10 000)
- пошкодження сечового міхура (1 на 1000)
- пошкодження сечоводу (3 на 10 000)
- смерть (1 на 12000)

Для наступних вагітностей:

- розрив матки під час наступних пологів (2–7 на 1000)
- ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000)
- передлежання та прищеплення плаценти (4–8 на 1000) Часті явища та можливі ускладнення:

з боку матері:

- біль внизу живота у перші дні після операції
- абдомінальний дискомфорт та/або дискомфорт у ділянці рани упродовж кількох місяців (9 на 100),
- повторний КР при наступній вагітності (1 з 4)
- повторна госпіталізація з різних причин (5 на 100),
- підвищена крововтрата у порівнянні з вагінальними пологами: кровотеча — 5 на 1000, приблизно 12 з 1000 жінок можуть потребувати переливання крові
- інфекція (6 на 100).

З боку плода: — пошкодження шкіри (2 на 100); — дихальні розлади (35 на 1000) (С)

КАТЕГОРІЇ УРГЕНТНОСТІ:

- 1 категорія** — існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) — операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань (С);
- 2 категорія** — стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) — операцію має бути розпочато не пізніше 30 хвилин від визначення показань (С);
- 3 категорія** — стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпрометованого стану матері чи плода) — операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин (С);
- 4 категорія** — за попереднім планом у запланований день та час.

ТЕРМІНИ ВИКОНАННЯ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

- *Госпіталізацію для планового КР бажано за добу до втручання.*
 - *Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності. — У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.*
 - *З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.*
 - *У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня.*
- Ургентний кесарів розтин виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

ПОКАЗАННЯ ДО ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

1. Передлежання плаценти, підтверджене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка)
2. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР, Т та J-подібний розріз на матці
 - Розрив матки в анамнезі
 - Попередні операції на матці, гістеротомія, міомектомія — Більше одного КР в анамнезі.
 - Відмова жінки від спроби ВП.
3. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки.
4. Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності
5. Поперечне положення плода

ПОКАЗАННЯ ДО ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

1. Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у ЗОЗ III рівня
2. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
3. ВІЛ-інфіковані: Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.
4. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів.
5. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом).
6. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини.
7. Рак шийки матки.
8. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині.
9. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць
10. Гастрошизіс, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків.

ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАЦІЇ УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

- Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
- Розрив матки, що загрожує або почався.
- Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
- Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
- Випадіння пульсуючих петель пуповини.
- Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
 - Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
- Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
- Невдала спроба індукції пологів
- Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ПІДГОТОВКА

Обов'язковий огляд терапевта, профільних спеціалістів.

Виявлення та санація вогнищ інфекції (патологія сечовивідних шляхів, санація порожнини рота, санація статевих шляхів та ін.)

Жінкам з екстрагенітальною патологією необхідно отримати висновок, який містить діагноз та рекомендації зі способу розродження.

Напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2,3 ступеню ургентності, у разі КР 1 категорії ургентності — обстеження проводиться під час операції: — гемоглобін,

- гематокрит,
- тромбоцити,
- група крові та резус-фактор,

Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань.

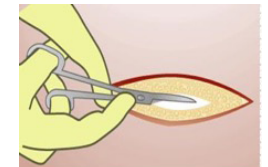
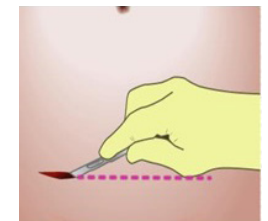
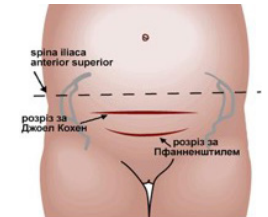
Методика операції кесарева розтину

Хірург стоїть з правого боку від пацієнтки, якщо він правша, та з лівого — якщо лівша.

Розріз шкіри на передній черевній стінці за Джоел — Кохен (Joel-Cohen) здійснюється приблизно на 3 см нижче лінії, що з'єднує передні верхні ості клубових кісток. В деяких випадках розріз може бути проведено вище.

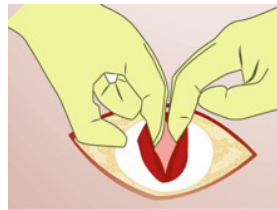
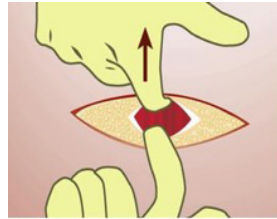
ТЕХНІКА ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІЇ РОЗТИН

1. Визначте середину майбутнього розрізу та зробіть три відмітки на шкірі: одну по середній лінії та по одній — на кінцях. Злегка натягніть шкіру в напрямку складки, це дає меншу деформацію та забезпечує прямий розріз.
2. Зробіть розріз шкіри довжиною 17 см. Він не повинен заходити у тканини, що знаходяться під шкірою. Цей неглибокий розріз є майже безкровним.
3. Заглибте розріз скальпелем на 2–3 см посередині розрізу в поперечному напрямку крізь підшкірну клітковину до апоневрозу. Не намагайтесь відсепарувати підшкірну клітковину. Кровоносні судини та нерви залишаються при цьому інтактними оскільки зона підшкірної клітковини по середній лінії є найбільш безкровною.
4. Зробіть невеличкий поперечний розріз апоневрозу скальпелем.
5. Продовжте поперечний розріз апоневрозу в обидві боки під підшкірною клітковиною, не порушуючи при цьому її цілості: розташуйте кінчик частково відкритих ножиць таким чином, щоб одне лезо було розташовано над, а інше під апоневрозом (підтримуйте ножиці знизу вказівним пальцем лівої руки). Просувajte ножиці латерально спочатку від себе, а потім на себе. На цьому рівні прямі м'язи не потребують відокремлення від апоневрозу, тому



що знаходяться вище рівня прикріплення пірамідальних м'язів.

6. М'яко відділіть апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розведіть прямі м'язи краніально та каудально, готуючись до наступного кроку.
7. Розведіть прямі м'язи. Для цього хірург та асистент розташовують вказівний та середній пальці правої руки по середній лінії між прямими м'язами, захоплюючи при цьому м'яз, а потім одночасно розводять їх шляхом тракцій зі збалансованою та зростаючою силою. Цей рух треба проводити з легкою зовнішньою ротацією, що дозволяє розвести верхню частину розрізу більше ніж нижню. Часто необхідно додаткове використання вказівного та середнього пальців лівої руки хірурга та асистента, які розташовують поверх правої руки для забезпечення необхідної для розведення країв рани сили. Не бійтесь прикладати велику силу. Цей маневр дозволяє змістити всі судини та нерви вбік не пошкоджуючи їх, та заголити очеревину.
8. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куту рани поки не утвориться невеличкий отвір. Розширте отвір вказівними пальцями у каудальному та краніальному напрямках. Якщо очеревину розтягують у краніальному та каудальному напрямках, вона рветься поперек, що запобігає травмуванню сечового міхура. Використання пальців при входженні в черевну порожнину запобігає травмуванню кишечника.
9. Ідентифікуйте нижній сегмент матки та сечовий міхур.
10. Зробіть скальпелем поперечний поверхневий розріз вісцеральної очеревини довжиною 1 см над сечовим міхуром. Уникаючи кровоносних судин просувайтесь вправо та вліво (загалом на 10–12 см), щоб через цей отвір можна було б народити дитину. Застосовуйте ранорозширювач та дзеркала для того щоб бачити рух інструменту. Намагайтесь не опускати рівень розрізу, оскільки це може обмежити можливості розведення країв розрізу матки.
11. Опустіть вісцеральну очеревину з сечовим міхуром донизу використовуючи 2 пальці. Використання пальців запобігає травмі сечового міхура у порівнянні із використанням тампону.
12. Зробіть невеличкий поперечний розріз в нижньому сегменті матки скальпелем, або використовуйте вказівний палець правої руки для формування отвору в матці.



13. Пальцями розтягніть краї отвору на матці у поперечному напрямку. Великий палець правої руки використовуйте переважно для фіксації у дальньому куті рани, а вказівний палець лівої руки — для розведення в ближньому куті рани. Великий палець товще вказівного, що знижує ризик травмування судин на віддаленому боці матки. Продовжуйте отвір більше вправо ніж вліво тому що наприкінці вагітності матка здебільше повернута вправо.
14. Підведіть два пальця під голівку плода та виведіть її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину. Пальці займають менше місця ніж повна долоня, завдяки чому зменшується вірогідність травми матки при вилученні плода.
15. Підведіть два пальця під голівку плода та виведіть її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину. Пальці займають менше місця ніж повна долоня, завдяки чому зменшується вірогідність травми матки при вилученні плода.
16. Після народження дитини анестезіолог вводить 5 ОД окситоцину внутрішньовенно. Послід видаляється шляхом контрольованої тракції за пуповину. Для цього пуповину тримають у стані легкого натягування до початку спонтанного відокремлення плаценти. Обережно підтягуючи за пуповину послід видаляють з порожнини матки. Не слід тягнути за пуповину за відсутності скорочення матки та ознак відокремлення плаценти оскільки це може призвести до вивороту матки!
17. Також з абдомінальної рани, розміщуючи всю руку позаду матки. Проводьте масаж матки для стимуляції її скорочень. В разі сильної кровотечі з плацентарної площадки, стисніть матку між долонями. Даний метод дає суттєвий гемостаз.
18. Продовжуючи масаж матки, марлевою серветкою видаліть залишки плодових оболонок та тканин з матки, стимулюючи її скорочення.
19. Захопіть центр нижнього краю рани на матці атравматичним затискачем. Якщо необхідно, розширте цервікальний канал розширювачем Гегара, та проштовхніть розширювач у піхву, для того, щоб вилучити його після операції. Цей крок може підвищувати ризик реалізації генітальної інфекції, тобто її розповсюдження з піхви у матку.
20. Ушивання матки: Зашийте розрізану стінку матки однорядним або дворядним безперервним швом з перекидом. Починайте з краю розрізу, що є ближчим до Вас. Застосовуйте довгу (90 см) лігатуру (надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу, що розсмоктується) № 1 та велику колючу голку. Відступіть 1 см від краю розрізу зверху та знизу для забезпечення достатнього гемостазу. Будьте обережним у нижньому краю розрізу, щоб запобігти травмуванню сечового міхура. В разі виразного витончення нижнього сегменту може з'явитися необхідність в накладанні другого ряду швів.



21. Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі.
22. Видаліть згортки крові.
23. Ушивання вісцеральної очередини: Залиште вісцеральну та парієтальну очередину незашитими. Вкрийте сальником поновлену стінку матки. За короткий проміжок часу краї рани очередини відновляться (12 годин). Можливо, що ушивання очередини призводить до місцевої ішемії, що стимулює формування злук.
24. Захопіть краї обох листків апоневрозу в кутах рани затискачами. Ще два затискача накладіть на верхній та нижній краї апоневрозу посередині.
25. Відновіть цілість апоневрозу однорядним безперервним швом без перекиду.
26. Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см.
27. Ушийте шкіру, застосовуючи 2–3 матрацних шва. Затисніть краї розрізу затискачами в проміжках між швами для забезпечення правильного співставлення країв рани. Залиште затискачі на 5–10 хвилин. Зараз краї рани співставленні. Цей простий шлях відновлення тканин скорочує час, забезпечує надійний шов, та попереджує розвиток келоїдних рубців.
28. Розпочніть раннє вживання рідини, здійсніть ранній підйом пацієнтки відразу по закінченню дії анестетиків. Рання мобілізація знижує ризик тромбоемболічних ускладнень та зменшує інтенсивність та тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це в свою чергу сприяє скороченню та інволюції матки.
29. Зніміть шви на 5-у добу після операції. Це знижує ризик розвитку інфекції та келоїдних рубців.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, В. П. Лакатоша). — К.: ВСВ Медицина, 2012. — 390 с.
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В. І., Щербини М. О.) // Книга І Акушерство. — К.: Медицина, 2011.
3. Акушерство і гінекологія / за ред. академіка НАН України, В. І. Грищенка, М. О. Щербини. — Київ: Медицина, 2011. — Кн. 1. Акушерство. — 427 с.
4. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія: підручник у 2 т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — Т. 1. — 472 с.
5. <https://almostadoctor.co.uk/about>
6. https://geekymedics.com/category/medicine/obgyn/www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf

Пологовий травматизм

Акушерський (пологовий) травматизм — травматичні ушкодження тканин і органів матері і плода під час пологів.

КЛАСИФІКАЦІЯ

- I. За локалізацією процесу:
 1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
 2. Розриви піхви.
 3. Гематоми вульви, піхви.
 4. Розриви шийки матки.
 5. Розриви матки.
 6. Виворіт матки.
 7. Акушерська травма кісткового тазу.
- II. За патогенезом:
 1. Насильні травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
 2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

Травми зовнішніх статевих органів, промежини, піхви, шийки матки

Етіологія:

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.

Травми зовнішніх статевих органів

До травматичного ушкодження в пологах найбільш уразливі тканини вульви і присінка піхви.

- **Клініка.** Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.
- **Діагностика.** Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.
- **Лікування** — хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви промежини

КЛАСИФІКАЦІЯ

I. За патогенетичними ознаками:

- вимушені, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної техніки «захисту» промежини; — мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. За клінічними ознаками:

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. За ступенем тяжкості:

1. *Розрив 1-го ступеня* — розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2см), не ушкоджується м'язовий шар промежини.
2. *Розрив 2-го ступеня* — ушкодження шкіри та м'язів промежини (centrum tendineum perinei, musculus bulbocavernosus, musculus superficialis et profundus), стінки піхви.
3. *Розрив 3-го ступеня неповний* — крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (musculus sphincter ani externus).

Розрив 3-го ступеня повний — крім розривів шкіри, м'язів промежини, зовнішнього сфінктера прямої кишки відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.

За класифікацією МКХ-10 розрив «3-го ступеня повний» класифікується як розрив 4-го ступеня. Окремо вирізняють центральний розрив промежини (ruptura perineae centralis) — несправжній (artificialis) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

ДІАГНОСТИКА РОЗРИВУ ПРОМЕЖИНИ

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;
- набряк та своєрідний блиск промежини з наступною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;
- кровотеча із рани.

ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ ПРОМЕЖИНИ

Розрив промежини зашивають після народження дитини, відходження посліду й огляду пологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1–2 ступеня, загальної анестезії — при ушиванні розривів 3 ступеня;
- висікання розмізчених тканин;

- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.

Розриви піхви

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colpogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика. Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування. Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colpogexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

ГЕМАТОМИ ВУЛЬВИ, ПІХВИ

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія.

- механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:
- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка.

Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації процесу, об'єму та швидкості наповнення. Малі гематоми перебігають безсимптомно, великі — проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама розкриватися, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШОЕ.

Діагностика гематом:

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви — великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні — ознаки анемії; Лікування гематом.

Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватися, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають шви, тампують піхву, прикладають пузир з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Розриви шийки матки**Класифікація***I. За патогенетичними ознаками:*

- спонтанні (мимовільні);
- насильні.

II. За ступенем тяжкості (за І. Ф. Жорданія):

1-й ступінь — довжина рани до 2 см (1/3 довжини шийки);
2-й ступінь — розрив перевищує 2 см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;

3-й ступінь — розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрію, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка. Основним клінічним симптомом розриву шийки матки є кровотеча яскравочервоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров може текти струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть перебігати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностика. Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркала. Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв

рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку цервікальної поверхні. Цю особливість потрібно враховувати при ушиванні розривів.

Лікування. Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Важливо оголити верхній край рани з боку *porcio vaginalis* і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1.0–1.5 см вище верхнього кута рани, подальші — на відстані 0,5–0,7 см з обох боків від країв рани.

Розриви матки

Розривом матки (ruptura uteri) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Етіологія і патогенез. Проблеми вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки.

До групи ризику розриву матки під час вагітності та пологів належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народили багато разів.

До групи ризику розриву матки під час пологів належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плодом великої маси;
- з пере розтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо).

КЛАСИФІКАЦІЯ РОЗРИВІВ МАТКИ (РЕПІНА М. А., 1984)**I. За патогенезом:***1. Спонтанний розрив матки:*

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Примусовий розрив матки:

- чистий (при розроджувачих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при застосуванні розроджувачих операцій на фоні морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:*1. Ризик розриву матки.**2. Загрозуючий розрив матки.*

3. Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

1. Неповний розрив.

2. Повний розрив матки. IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:

- розрив передньої стінки; — боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки: — розрив передньої стінки; — розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

КЛІНІКА РОЗРИВУ МАТКИ

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки — процес, що передуює клінічним ознакам загрози розриву матки, більш властивий жінкам групи високого ризику розриву матки (див. вище).

Симптоми анатомо — функціональної неповноцінності рубця:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при УДЗ — товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, балоноподібна форма.

ЗАГРОЗА РОЗРИВУ МАТКИ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Класичний симптомокомплекс при диспропорції між розмірами плода і таза матері, описаний Бандлем.

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «пісочного годинника»;
- непродуктивна та мимовільна пологова діяльність при передлеглий частині плода над входом до малого тазу;
- перейми з виразним судомним скороченням матки;
- серцебиття плода ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини), утруднене сечовипускання;
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель — Вастена;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого тазу.

РОЗРИВ МАТКИ, ЩО ВІДБУВСЯ

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах:

- «кінджальний» біль у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- нарастають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- зовнішня кровотеча;
- загибель плода.

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПРИ НЕПОВНОМУ РОЗРИВІ МАТКИ

- плід знаходиться в порожнині матки;
- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми — біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, попереку;
- нарастають клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

ОЗНАКИ РОЗРИВУ МАТКИ ПО РУБЦЮ

- особливості анамнестичних даних (час після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді, корпоральний кесарів розтин та ін.);
- наявність симптомів неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій половій діяльності, пологова діяльність може тривати;
- розрив матки при цілому плодовому міхурі;
- біль у ділянці рубця;
- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плоду не просувається; пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординованості;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним.

ОЗНАКИ РОЗРИВУ МАТКИ, ЩО ДІАГНОСТУЄТЬСЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;
- інколи відсутні ознаки відокремлення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливо здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

АЛГОРИТМ ДІЇ ЛІКАРЯ

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I–II ст. та великої маси плоду (3800 г і більше);
- поперечному, косому положенні плода;
- вузькому тазі III–IV ст.;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами; — рубцевих змінах шийки матки, піхви.

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при:

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- клінічно вузькому тазі.

Акушерська тактика при ознаках загрожуючого розриву матки:

- пологова діяльність припиняється (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики); — вагітна транспортується в операційну; — пологи завершують оперативним шляхом.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся:

Клінічні ознаки розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі різко погіршує її стан.

Терапія завершеного розриву матки включає застосування ургентних «реанімаційних заходів»:

- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечення інфузійно-трансфузійної терапії, адекватної розміру крововтрати та корекція порушень гемокоагуляції;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, реабілітаційних заходів.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;

- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекцій;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надпівкової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями, із збереженим судинним пучком, з помірною кровотечею без ознак синдрому ДВС та інфекції.

Показання до екстирпації матки:

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;
- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10–12 годин);
- прояви хоріоамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

Виворот матки

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні.

Класифікація.

I. За клінічно-морфологічними ознаками:

1. Гострий (швидкий) повний.
2. Гострий (швидкий) неповний (частковий).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанний.
2. Насильний.

Етіологія і патогенез. Основною причиною акушерського вивороту матки є втрата тону міометрія. Сприяє скоєнню даної травми нераціональне ведення 3-го періоду пологів.

Клініка. Раптовий сильний біль внизу живота (колапсом); шоківий стан (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс частий, слабкого наповнення); маткова кровотеча; наявність між стегнами роділлі пухлиноподібного утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

Діагностика. Вивернута матка може розміщуватися у піхві і виходити за статеву щілину. Діагноз неповного (часткового) акушерського вивороту матки уточнюється при визначенні висоти дна матки (матка над лобком не визначається). Огляд піхви у дзеркалах підтверджує діагноз і дає змогу диференціювати повний виворот матки з частковим.

Лікування при гострому акушерському вивороті матки направлене на виведення пацієнтки із стану больового, геморагічного шоку та репозиції матки. Дають глибокий наркоз. Вивернуту матку обмивають теплим розчином фурациліну (1:5000). Якщо плацента не відокремилась, її відокремлюють. Переводять жінку в положення Тренделенбурга і виконують репозицію матки. У післяпологовому періоді проводять профілактику гнійно-септичних ускладнень. Несвоєчасна кваліфікована допомога може призвести до защемлення або гангрени матки, що випала. Це потребує екстирпації матки через піхву.

Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього періоду пологів.

Акушерська травма кісткового тазу

Акушерська травма кісткового тазу — травматичні ушкодження суглобів і зчленувань, пов'язаних з пологами.

ТРАВМА СИМФІЗУ

Розриви симфізу під час пологів трапляються рідко, частіше (до 4% випадків) спостерігаються розходження лобкових кісток.

Етіологія і патогенез. Травматичному ушкодженню симфізу передують гормональні зміни в організмі жінки під час вагітності. Так, максимальне накопичення гормону релаксину наприкінці вагітності сприяє розм'якшенню хрящової тканини симфізу. За таких умов вставлення голівки плода в площину входу при вузькому тазі, макросомії плода, асинклітизмі може призвести до розходження лобкових кісток. Патологія може трапитися внаслідок накладання акушерських щипців, плодоруйнівних операцій, екстракції плода за тазовий кінець.

Класифікація.

За ступенем тяжкості:

1-й ступінь — розходження 5–9 мм (норма 1,5 мм);

2-й ступінь — розходження 10–20 мм;

3-й ступінь — розходження більше 20 мм.

ТРАВМА СИМФІЗУ

Клініка. Розходження лобкових кісток проявляється болем у ділянці симфізу, крижів. Біль посилюється при спробі встати, ходити, з'являється «качина

хода». При травмі лобкового зчленування біль посилюється через 8–12 годин після пологів. Під час пальпації симфізу відмічається різкий біль. Породілля лежить в ліжку у вимушеному положенні: ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, стегна розвернуті (симптом М. Н. Волковича). Розриви лобкового зчленування іноді супроводжуються травмою сечового міхура, клітора тощо. Діагностика не становить труднощів. Величина розходження вимірюється на рентгенограмі; УЗД.

Лікування породіллі з розривом симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають ліжковий режим, вітаміни групи В, вітамін D — 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів. У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають ліжковий режим протягом 3–4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. Розходження лобкових кісток 2–3 ступенів потребує застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4–6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

Профілактика розходження симфізу полягає в запобіганні рахіту та дисбалансу обміну макро-, мікроелементів, фізичному вихованні дівчинки, прогнозуванні та раціональному веденні пологів.

Пологові травми новонароджених

Пологовими травмами новонароджених називаються травматичні ушкодження тканин і органів, що скоїлись під час родового акту.

Етіологія:

- зтяжні пологи;
- швидкі пологи;
- невідповідність розмірів пологового каналу та плода (вузький таз, макросомія, неправильне вставлення голівки плода); — акушерські операції, тощо.

Класифікація:

- поверхневі ушкодження (поверхневі садна, синці, гематоми, пологова пухлина на передлеглій частині плода);
- важкі ушкодження (розриви шкіри, гематоми, вивихи суглобів, переломи кісток, ушкодження хребта, черепа, тощо).

Ушкодження шкіри та м'яких тканин плода

Травми шкіри та м'яких тканин клінічно проявляються поверхневими саднами, синцями, важкими рваними ранами шкіри потилиці, тімені, сідниць, статевих органів тощо.

Поверхневі садна та синці особливого лікування не потребують.

Глибокі розриви лікують хірургічним шляхом.

Пологова пухлина

Пологова пухлина на шкірі потилиці, тімені, личку, сідницях виникає практично під час усіх пологів.

Пологова пухлина — це набряк передлеглої частини плода з дрібними крапковими крововиливами, що обумовлені застоєм лімфи і крові у підшкірній клітковині.

Клінічно положова пухлина має вигляд припухлості з ціанотичною шкірою.

Пологова пухлина лікування не потребує і зникає самостійно протягом перших 5–7 діб життя дитини.

КЕФАЛОГЕМАТОМА

Кефалогематома — це крововилив між окістям і будь-якою кісткою черепа, найчастіше на передлеглій частині голівки новонародженої дитини.

Класифікація:

- зовнішня;
- внутрішня.

Зовнішня кефалогематома — крововилив між кісткою черепа та зовнішньою пластиною окістя.

Пальпаторно відзначається пружна, флюктуюча пухлина. Шкіра над зовнішньою кефалогематомою має нормальне забарвлення. Нерідко пухлина збільшується протягом перших 2–3 діб життя. Невеликі зовнішні кефалогематомі розсмоктуються самостійно без терапевтичних заходів.

Кефалогематоми великих розмірів потребують протягом перших 2–3 діб життя підвищеного положення головного кінця ліжечка дитини.

Внутрішня кефалогематома — крововилив і накопичення крові між внутрішньою поверхнею кістки і твердою мозковою оболонкою. Внутрішня кефалогематома виникає при порушенні цілості черепних кісток і може супроводжуватись підвищенням внутрішньочерепного тиску, подразненням мозкових оболонок, паралічем життєво важливих центрів.

Лікування дітей з клінічними проявами внутрішніх кефалогематом проводять у відповідних реанімаційних відділеннях.

Переломи кісток кінцівок

ПЕРЕЛОМИ КЛЮЧИЦІ

Клінічні ознаки перелому ключиці незначні. Підокісний перелом ключиці та перелом без зміщення виявляються на 5–7 діб після народження, коли на місці перелому утворюється хрящовий мозоль.

Лікування перелому ключиці зводиться до накладання фіксуючої пов'язки на плечовий пояс.

ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Клінічні ознаки перелому плечової кістки:

- ручка нерухома;
- промацуються уламки кісток;
- відчувається крепітація.

Лікування полягає у накладанні фіксуючої пов'язки, підклавши у пахову ямку шматочок вати. Хвору ручку, розігнувши у в ліктьовому суглобі, прибинтовують до грудної клітки.

ПЕРЕЛОМ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Клінічні ознаки перелому стегнової кістки:

- ніжка нерухома;
- відчувається крепітація;
- добре промацуються уламки кісток.

Лікування: розігнуту у колінному суглобі ніжку прибинтовують до тулуба. Застосовують спеціальне витягання кінцівки.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство: підручник (за ред. Б. М. Венцківського, Г. К. Степанківської, В. П. Лакатоша). — К.: ВСВ Медицина, 2012. — 390 с.
2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В. І., Щербини М. О.) // Книга 1 Акушерство. — К.: Медицина, 2011.
3. Акушерство і гінекологія / за ред. академіка НАН України, В. І. Грищенка, М. О. Щербини. — Київ: Медицина, 2011. — Кн. 1. Акушерство. — 427 с.
4. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія: підручник у 2 т. / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — Т. 1. — 472 с.
5. <https://almostadoctor.co.uk/about>
6. https://geekymedics.com/category/medicine/og/www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf

Післяпологові інфекційні захворювання

Післяпологові інфекційні захворювання безпосередньо пов'язані з вагітністю та пологами, розвиваються в період від 2–3 доби після пологів до кінця 6-го тижня й обумовлені інфекцією (переважно бактеріальною). Проблема гнійно-запальних захворювань після пологів є однією з найактуальніших у сучасному акушерстві, оскільки ця патологія займає провідне місце в структурі материнської захворюваності (1–2 місце) та смертності (3–4 місце). В Україні спостерігається тенденція до зростання частоти післяпологової інфекції до 11–22% від усіх пологів. Інфекційні ускладнення після кесаревого розтину трапляються у 8–10 разів частіше, ніж після пологів через природні пологові шляхи.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Сучасна класифікація післяпологових гнійно-запальних захворювань припускає їх розподіл на умовно обмежені й генералізовані форми. До умовно обмежених належать інфікування післяпологової рани, ендометрит, мастит. Генералізовані форми представлені перитонітом, сепсисом, септичним шоком. Наявність системної запальної відповіді у породіллі з умовно обмеженою формою захворювання вимагає інтенсивного спостереження й лікування як при сепсисі (див. далі класифікацію сепсису).

Про післяпологову інфекцію слід думати при підвищенні температури тіла більше 38°C та болісної матки через 48–72 годин після пологів. У перші 24 години після пологів у нормі нерідко відзначається підвищення температури тіла. Приблизно у 80% жінок з підвищенням температури тіла в перші 24 години після пологів через природні родові шляхи ознаки інфекційного процесу відсутні.

Класифікація згідно МКХ-10:

O85	післяпологовий сепсис
O86	інші післяпологові інфекції
O86.0	інфекція хірургічної акушерської рани
O86.1	інші інфекції статевих шляхів після пологів
O86.4	гіпертермія невідомої етіології, яка виникла після пологів
O86.8	інші уточнені післяпологові інфекції
O87	венозні ускладнення в післяпологовому періоді
O87.0	поверхневий тромбофлебіт в післяпологовому періоді
O87.1	глибокий флеботромбоз в післяпологовому періоді
O87.2	геморой в післяпологовому періоді
O90.0	розходження швів після кесарського розтину
O90.1	розходження швів промежини

O90.2	гематома акушерської хірургічної рани
O90.1	інші ускладнення післяпологового періоду
O.91	інфекції молочної залози
O91.0	інфекції соска, пов'язані з дітонародженням
O91.1	абсцес молочної залози
O91.2	негнійний мастит, пов'язаний із дітонародженням
O98	інфекційні та паразитарні хвороби матері
O98.5	вірусні хвороби, що ускладнюють вагітність, пологи та післяпологовий період
O41.1	інфекція амніотичної порожнини та оболонок плоду (хоріоамніоніт)

Післяпологові гнійно-запальні захворювання розподіляються на умовно обмежені та генералізовані форми.

Умовно обмежені:

- ендометрит, ендоміометрит;
- інфікована рана кесарського розтину;
- інфікована рана на промежині;
- мастит;
- поверхневий тромбофлебіт;
- параметрит.

Генералізовані форми:

- перитоніт
- сепсис
- септичний шок

ЕТІОЛОГІЯ

Основними збудниками акушерських септичних ускладнень є асоціації грампозитивних і грамнегативних анаеробних й аеробних мікроорганізмів, при цьому переважає умовно-патогенна флора. Протягом останнього десятиліття також певну роль у таких асоціаціях стали грати інфекції, що передаються статевим шляхом, нового покоління: хламідії, мікоплазми, віруси й ін.

Стан нормальної мікрофлори жіночих статевих органів відіграє важливу роль у розвитку гнійно-септичної патології. Установлено високу кореляцію між бактеріальним вагінозом (піхвовим дисбактеріозом) у вагітних та інфікуванням навколоплідних вод, хоріоамніонітом, передчасними пологами, передчасним розривом плодових оболонок, післяпологовим ендометритом, фетальними запальними ускладненнями.

ПАТОГЕНЕЗ

Запалення — це нормальна відповідь організму на інфекцію й може бути визначене як локалізована захисна відповідь на ушкодження тканини, головним завданням якого є знищення мікроорганізму-збудника та ушкоджених тканин. Але в деяких випадках організм відповідає на інфекцію масивною надмірною запальною реакцією.

Системна запальна реакція — це системна активація запальної відповіді, вторинна щодо функціональної неспроможності механізмів обмеження поширення мікроорганізмів, продуктів їхньої життєдіяльності з локальної зони ушкодження.

У теперішній час запропоновано використовувати таке поняття як «синдром системної запальної відповіді» (CC3B–SIRS) та розглядати його як універсальну відповідь імунної системи організму на вплив сильних подразників, у тому числі й інфекцію. При інфекції такими подразниками є екзотоксини та ферменти (гіалуронідаза, фібринолізин, колагеназа, протеїназа), які виробляються патогенними мікроорганізмами. Одним із найпотужніших пускових факторів каскаду реакцій CC3B є ендотоксин — липополісахарид (LPS) клітинної стінки грам-негативних бактерій.

В основі CC3B лежить утворення надмірно великої кількості біологічно активних речовин — цитокинів (інтерлейкіни IL1 й IL 6, фактор некрозу пухлини TNF α , лейкотрієни, γ -інтерферон, ендотеліні, фактор активації тромбоцитів, оксид азоту, кініні, гістамін, тромбоксан A₂ й ін.), які мають патогенний вплив на ендотелій (порушують баланс гемостазу, мікроциркуляцію), збільшують проникність судин, що приводить до ішемії тканин.

Виділяють три стадії розвитку CC3B (Bone R. S., 1996):

1-я стадія — *локальної продукції цитокинів* — у відповідь на вплив інфекції протизапальні медіатори виконують захисну роль, знищують мікроби й беруть участь у процесі загоєння рани.

2-я стадія — *викид малої кількості цитокинів у системний кровоток* — контролюється про- і протизапальними медіаторними системами, антитілами, створюючи передумови для знищення мікроорганізмів, загоєння рани й збереження гомеостазу.

3-я стадія — *генералізованої запальної реакції* — кількість медіаторів запального каскаду в крові максимально збільшується, їхні деструктивні елементи починають домінувати, що приводить до порушення функцій ендотелію з усіма наслідками. Генералізована запальна реакція (синдром системної запальної відповіді) на вірогідно виявлену інфекцію визначається як сепсис.

Можливими джерелами післяпологової інфекції, які можуть існувати і до вагітності, виявляються:

- 1) інфекція верхніх дихальних шляхів — особливо у випадку використання загальної анестезії;
- 2) інфікування епідуральних оболонок;
- 3) тромбоз: нижніх кінцівок, тазу, місць катетеризації вен;
- 4) інфекція сечових шляхів (безсимптомна бактеріурія, цистит, пієлонефрит);
- 5) септичний ендокардит;

6) апендицит й інші хірургічні інфекції.

До сприятливих факторів розвитку післяпологових інфекційних ускладнень належать:

1. Кесарський розтин. Присутність шовного матеріалу й наявність ішемічного некрозу інфікованих тканин, поряд з розрізом на матці створюють ідеальні умови для септичних ускладнень.

2. Тривалі пологи й передчасний розрив навколоплідних оболонок, що ведуть до хоріоамніоніту.

3. Травматизація тканин при вагінальних пологах: акушерські щипці, розтин промежини, повторні піхвові дослідження під час пологів, внутрішньоматкові маніпуляції (ручне видалення плаценти, ручне обстеження порожниці матки, внутрішній поворот плода, внутрішній моніторинг стану плода й скорочень матки тощо).

4. Інфекції репродуктивного тракту.

5. Низький соціальний рівень у поєднанні з поганим харчуванням і незадовільною гігієною.

Причинами генералізації інфекції можуть бути:

- неправильна хірургічна тактика й неадекватний обсяг хірургічного втручання;
- неправильний вибір обсягу й компонентів антибактеріальної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії;
- знижена або змінена імунореактивність макроорганізму;
- наявність важкої супутньої патології;
- наявність антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів;
- відсутність будь-якого лікування.

Клініка, діагностика й лікування умовно обмежених післяпологових інфекційних захворювань

Післяпологова інфекція — переважно раньова. У більшості випадків первинне вогнище локалізується в матці, де ділянка плацентарної площадки після відокремлення плаценти є великою раньовою поверхнею. Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції кесарського розтину інфекція може розвиватися в операційній рані передньої черевної стінки. Токсини й ферменти, які виробляються мікроорганізмами, що викликали раньову інфекцію, можуть потрапити в судинне русло при будь-якій локалізації первинного вогнища.

Інфіковані післяпологові рани

Можливе інфікування розривів промежини, піхви, шийки матки. Після операції кесарського розтину інфекція може розвинути в операційній рані передньої черевної стінки.

При діагностиці враховуються дані:

Клінічні:

- загальна реакція організму: гіпертермія, лихоманка, ознаки інтоксикації; загальна слабкість, зниження артеріального тиску, тахіпное

- місцева реакція розвитку інфекції в ранах, які загоюються *первинним натягом*:
- скарги на інтенсивний, деколи пульсуючий біль в ділянці рани
 - гіперемія навколо рани без позитивної динаміки
 - поява набряку тканини, який поступово збільшується
 - при пальпації визначається інфільтрація тканини, яка часто збільшується
 - серозний ексудат швидко переходить у гнійний.
 - місцева реакція розвитку інфекції в ранах, які загоюються *вторинним натягом*:
 - прогресуючий набряк та інфільтрація тканини навколо рани
 - поява щільних болісних інфільтратів без чітких контурів
 - ознаки лімфангоїта та лімфаденіта
 - раньова поверхня вкривається суцільним фібриново-гнійним нальотом
 - уповільнення або припинення епітелізації
 - грануляції стають блідими або синюшними, їх кровоточивість різко зменшується
 - збільшується кількість ексудату

Лабораторні:

- загальний аналіз крові (+лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження ексудату із антибіотикограмою

Інструментальні: УЗД

Лікування

Лікування

- хірургічне: видалення із рани нежиттєздатних тканин, гематоми, повноцінне дренування із збереженням відтоку ексудату;
- застосування місцевих антисептиків (3% перекис водню, «Декасан», 0,02% розчин хлоргексидину)
- антибіотикотерапія: протягом 5 діб із урахуванням загальної реакції організма:

Схема 1: ампіцилін+сульбактам 1,5–3,0 г через 8 годин або амоксицилін+сульбактам 1,5–3,0 г через 8 годин;

Схема 2: цефтріаксон 2 г внутрішньовенно крапельно через 12 годин + орнідазол 100,0 внутрішньовенно крапельно через 8 годин.

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ

Це запальний процес, що локалізований і не виходить за межі ендометрію. Виникає внаслідок приєднання інфекції після пологів або кесарського розтину. Класична форма звичайно розвивається на 3–5 добу після пологів.

Наявність у породіллі не менше 2 із приведених критеріїв є основою для постановки діагнозу ендометриту:

- лихоманка ($\geq 37,5$ град.С);
- болючість матки;
- патологічні виділення із матки;

- субінволюція матки (невідповідність розмірів матки добі післяпологового періоду)

Діагностика

- вимірювання температури тіла
- визначення пульса і АД, частоти дихання
- огляд шийки матки а допомогою дзеркал
- бімануальне піхве дослідження
- макроскопічна оцінка лохій
- загальний аналіз крові із лейкограмою,
- коагулограма
- прокальцитоніновий тест;
- УЗД матки (вимірювання розмірів порожнини, виявлення оболонки, згустків крові, залишків децидуальної та плацентарної тканини, фібрина, а також запальних змін післяопераційного шва на матці після кесарського розтину)
- бактеріоскопічне і бактеріологічне+антибіотикограма дослідження виділень із цервікального каналу

Лікування:

- антибіотикотерапія (*Схема 1:* амоксицилін/клавулат 1,5–3,0 г через 8 годин + орнідазол 100,0 внутрішньовенно крапельно через 8 годин; *Схема 2:* -цефтріаксон 2,0 в/в два рази на добу+орнідазол 100,0 через 8 годин; сульперазон 2,0 в/в два рази на добу+орнідазол 100,0 через 8 годин; Введення антибіотиків продовжується до покращення клінічних ознак і ще мінімум 24–48 годин після припинення гарячки. Якщо протягом 48–72 годин покращення не спостерігається — проводиться зміна антибіотикотерапії. В разі наявності важкої форми ендометриту та загрози виникнення ендотоксичного шоку для монотерапії використовуються карбопенеми: іміпенем/циластатин (тієнам) 0,5–1 г кожні 6–8 год в/в крап; меропенем (меронем) 0,5–1,0 г кожні 8 год в/в крап.)
- інфузійна та десенсибілізуюча терапія: загальний об'єм інфузії — 1,5–2 л на добу залежно від тяжкості інтоксикації- фізіологічний розчин, розчин Рінгера, глюконат кальцію 10% 10,0, віт С 5% 2 мл в/в на фізіологічному розчині, німесулід 100 мг *2р/д per os, супрастин 25 мг (1т)* 3 р/д
- антикоагулянти: цибор 2500 МЕ п/ш 1р/д 5 днів (під контролем часу згортання крові, АЧТЧ)
- терапія утеротоніками окситоцин 5 од. на фізіологічному розчині в/в 2 р/д 4–5 діб

При неефективності консервативної терапії після зміни антибіотика або наявності негативної динаміки показано оперативне лікування — екстирпація матки з матковими трубами. **Показання до екстирпації матки з матковими трубами:**

- наростання системної запальної відповіді на фоні проведення інтенсивної терапії: тахікардія, збільшення лейкоцитозу із зсувом лейкоцитарної

формули вліво або лейкопенія, зростання прокальцитонінового тесту до 2 нг/мл, наявність УЗД ознак неспроможності швів на матці;

- поява чи прогресування ознак поліорганної недостатності (зниження АТ, олігоурія, гостре пошкодження легень/ гострий респіраторний дистрес-синдром, жовтяниця, енцефалопатія, ДВЗ-синдром, тромбоцитопенія).

Критерії ефективності антибіотикотерапії:

- відсутність виникнення нових вогнищ бактеріальної інфекції будь-якої локалізації
- позитивна динаміка клінічного стану породіллі із урахуванням скарг
- позитивна динаміка скорочення матки та стану післяопераційної рани
- результати лабораторного (загальний аналіз крові із лейкоцитарною формулою) та мікроскопічного і бактеріологічного досліджень виділень із піхви

У випадку верифікації залишків плацентарної тканини, на фоні антибактеріальної терапії і відсутності профузної кровотечі необхідним є проведення інструментальної ревізії стінок порожнини матки через 24 години від початку лікування. З метою профілактики септичного шоку за 1 годину до маніпуляції показано введення 8 мг дексаметазона в/в. При наявності профузної кровотечі при гіпертермії 38 °С і вище на фоні проведення гормональної та антибактеріальної терапії вирішити питання щодо інструментальної ревізії стінок порожнини матки в ургентному порядку.

ЛАКТАЦІЙНИЙ МАСТИТ

Це запалення молочної залози (переважно одностороннє) під час лактації в післяпологовому періоді. Частіше розвивається протягом 2–3 тижнів після пологів. Найчастіше вхідними воротами інфекції є тріщини сосків, інтраканакюлярне проникнення збудника інфекції через молочні протоки залози при годуванні грудьми або зціджуванні молока, у край рідко збудник поширюється з ендогенних вогнищ.

Фактори ризику:

- тріщини сосків;
- лактостаз.

Тріщини сосків можуть бути при пороках розвитку сосків, при пізньому прикладанні дитини до грудей, неправильній техніці годування грубого зціджуванні молока, індивідуального стану епітеліального покриву сосків, порушенні санітарно-епідеміологічних норм післяпологового періоду.

При лактостазі може бути підвищення температури тіла тривалістю до 24 годин, якщо більше 24 годин — тоді цей стан необхідно розглядати як мастит.

За характером перебігу запального процесу мастит може бути:

- серозний;
- інфільтративний;
- гнійний;
- інфільтративно-гнійний, дифузійний, вузловий;
- гнійний (абсцедуючий): фурункульоз ареоли, абсцес ареоли, абсцес у товщі залози, абсцес позаду залози;

- флегмонозний, гнійно-некротичний;
- гангренозний.

За локалізацією вогнища мастит може бути: підшкірним, субареоларним, інтрамамарним, ретромамарним і тотальним.

Клінічна картина маститу характеризується: гострим початком, вираженою інтоксикацією (загальна слабкість, головний біль), підвищенням температури тіла до 38–39 °С, ознобом, болем в області молочної залози, що підсилюється при годуванні або зціджуванні. Молочна залоза збільшується в об'ємі, відзначається гіперемія й інфільтрація тканин без чітких меж. Ця картина властива серозному маститу. При неефективному лікуванні протягом 1–3 діб серозний мастит переходить в *інфільтративний*. При пальпації визначається щільний, різко болючий інфільтрат, лімфаденіт. Тривалість цієї стадії 5–8 днів. Якщо інфільтрат не розсмоктується на тлі проведеного лікування, відбувається його нагноєння — *гнійний* мастит (абсцедуючий). Спостерігається посилення місцевих симптомів запалення, значне збільшення й деформація молочної залози, якщо інфільтрат розташований неглибоко, то при нагноєнні визначається флуктуація. Нагноєння інфільтрату відбувається протягом 48–72 годин. У тих випадках, коли в молочній залозі нагноюється кілька інфільтратів, мастит називають *флегмонозним*. Температура тіла при цьому 39–40 °С, озноб, виражена слабкість, інтоксикація. Молочна залоза різко збільшена, болісна, пастозна, добре виражена поверхнева венозна мережа, інфільтрат займає майже всю залозу, шкіра над ураженою ділянкою набрякла, блискуча, червона із синюшним відтінком, часто з лімфангітом. При флегмонозному маститі можлива генералізація інфекції з переходом у сепсис.

Діагностика заснована на наступних даних:

- клінічні: огляд молочної залози, оцінка клінічних ознак, скарг, анамнезу;
- лабораторні: загальний аналіз крові (лейкограма), загальний аналіз сечі, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження молока, імунограма, коагулограма й біохімія крові;
- інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД) — є одним із важливих методів діагностики маститу.

Лікування. Лікування може бути консервативне й хірургічне.

Антибіотикотерапію варто починати з перших ознак захворювання, що сприяє запобіганню розвитку гнійного запалення. При серозному маститі питання про грудне вигодовування вирішується індивідуально. Починаючи з інфільтративного маститу годування дитини протипоказане через реальну загрозу інфікування дитини й кумулятивного накопичення антибіотиків в організмі дитини, але при цьому лактація може бути збережена шляхом зціджування. При відсутності ефекту від консервативної терапії маститу протягом 2–3 діб та розвитку ознак гнійного запалення показано хірургічне лікування, яке полягає в радикальному розрізі і адекватному дренированні. Паралельно продовжують антибіотикотерапію, дезінтоксикаційну й десенсибілізуючу терапію.

Профілактика післяпологового маститу полягає в навчанні жінок правилам грудного годування й дотримання правил особистої гігієни. Необхідно своєчасне виявлення й лікування тріщин сосків і лактостазу.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКОГО ПЕРИТОНИТУ

Перитоніт — це запалення очеревини. Перитоніт в акушерській практиці розвивається частіше після кесарського розтину. Залежно від шляху інфікування очеревини виділяють кілька форм захворювання. Ранній перитоніт виникає на 1–3 добу після операції. Він, як правило, обумовлений інфікуванням під час операції, що проводилася на тлі хоріоамніоніту. Перитоніт, пов'язаний з парезом кишечника, розвивається на 3–5 добу після операції. Він пов'язаний з порушенням бар'єрної функції кишечника внаслідок його динамічної непрохідності, з перерозтягненням тонкого кишечника за рахунок рідкого вмісту й газів. Перитоніт внаслідок неповноцінності рани на матці частіше розвивається на 4–9 добу після операції. Такий розподіл на клінічні форми є досить умовним, однак істотно впливає на вибір лікувальної тактики. Класифікація:

- за характером ексудата: фіброзний, гнійний, серозний;
- за поширеністю: місцевий і дифузний (тотальний);
- за стадіями: реактивний (утворення ексудату), токсичний (порушення гемодинаміки, пригнічений імунний статус), термінальний (поліорганна недостатність).

Діагностика. Акушерський перитоніт перебігає здебільшого з явищами інтоксикації без клініки гострого живота.

- блідість шкіри, акроціаноз, моторне збудження, породілля лежить на спині, зігнувши ноги в колінах, скарги на сухість у роті, спрагу, загальну слабкість, нудоту, відрижку, метеоризм, гикавку, (блювання не обов'язковим симптомом і спостерігається тільки при тяжких, за давнених перитонітах)
- тахікардія не відповідає температурі тіла хворої. Температура тіла найчастіше має субфебрильний характер, а частота пульсу перевищує 100 ударів за хвилину. Дихання часте, поверхневе, за грудинним типом
- живіт здутий, перистальтика кишечника слабка, гази не відходять. При перкусії живота визначається тимпаніт, у бокових відділах може з'явитись притуплення. Матка пальпується без чітких контурів, має м'яку консистенцію. Рефлекторне напруження м'язів передньої черевної стінки та симптоми подразнення очеревини відсутні або виражені нечітко.
- вагінальне обстеження: матка м'яка, без чітких контурів, болюча, збільшена у розмірах відносно доби післяпологового терміну, обмежено рухома, лохії гнійні. При розвитку септичного тромбофлебиту пальпуються напружені, болючі, пульсуючі, потовщені судини в області кутів матки.
- УЗД: УЗ-ознаки перитоніту: роздуті, заповнені гіперехогенним вмістом петлі кишечника, виражена гіперехогенність стінки кишечника, наявність вільної рідини в черевній порожнині між петлями кишечника, у латераль-

них каналах і просторі позаду матки, рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини

- ЕКГ (порушення трофіки міокарду, тахікардія, екстрасистолія).
- загальний аналіз крові із лейкограмою: наростає токсична анемія-зниження гемоглобіну, еритроцитів, анізоцитоз, пойкилоцитоз, зниження кольорового показника, збільшення палочкоядерних форм, лімфоцитів, поява токсичної зернистості нейтрофілів, високий лейкоцитоз не характерний, може зустрічатися лейкопенія із зсувом формули вліво
- біохімічний аналіз крові: гіпопротеїнемія (до 40 г/л), зниження альбумінів, пригнічення електролітного балансу: гіпокаліємія, гіпонатріємія, зменшення йонів хлору, кальція, пригнічення функції печінки: підвищення АСТ, АЛТ, сечовини, креатиніну.
- коагулограма (гіперкоагуляція)
- загальний аналіз сечі: зниження питомої ваги, поява формених елементів крові у сечі: лейкоцити(10–15 у полі зору), еритроцити, циліндри, мікроби;
- контроль погодинного діурезу

Лікування.

При лікуванні раннього локального пельвіоперитоніту виправдана інтенсивна консервативна терапія протягом 12 годин.

Проводиться в три етапи у відділенні реанімації й інтенсивної терапії:

1) *передопераційна підготовка протягом 1,5–2 годин:*

- декомпресія шлунка за допомогою назогастрального зонду;
 - катетеризація центральної вени;
 - інфузійна терапія, що включає детоксикаційні розчини, білкові препарати, електроліти;
 - антибактеріальна терапія
- 2) *хірургічне втручання:*
- екстирпація матки з трубами;
 - ревізія черевної порожнини;
 - видалення гнійного ексудату та санація черевної порожнини;
 - декомпресія кишківника;
 - адекватне дренивання черевної порожнини через передню черевну стінку та культю піхви.

3) *комплексне лікування в післяопераційному періоді:*

- антибактеріальна терапія
- інфузійна терапія, що направлена на ліквідацію гіповолемії, метаболічних порушень, корекцію водно-електролітного та білкового балансу
- стимуляція та відновлення моторики кишківника;
- тромбопрофілактика.

1. Антибактеріальна терапія (в/в введення антибіотиків за допомогою інфузомата)- імipенем/циластатин (тієнам) в/в 1,0 3–4 рази на добу або меропенем (меронем) зі швидкістю не більше 10 мг на хвилину (ефективний у відношенні метицилінрезистентної флори — госпітальна інфекція, стафілококи (в тому числі *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*), стрептококи (в тому числі *Streptococcus pyogenes*, *pneumoniae*, *agalactiae*), ентерококи, клостридії). Альтернативні схеми: *схема2*: цефоперазон/сульбактам 2,0 2 рази на добу+а-

мікацин 0,5 2 рази на добу+далацин 600 мг 3 рази на добу; *схема 3*: левофлоксацин 500 мг 1–2 рази на добу (або гатифлоксацин 400 мг 1 раз на добу)+орнідазол 100,0 мг 3 рази на добу

2.Лікування інтоксикаційного синдрому. Вирішення питання про об'єм інфузії — залежно від реакції на об'ємне навантаження. Мета (кінцеві точки): АДсер >70 мм.рт.ст., ЧСС < 110уд/хв., ЦВТ = 8–12 мм рт.ст., SvO₂ 70%. Об'єм інфузії індивідуальний для кожного пацієнта, під контролем діурезу. Кристалоїди і колоїди у співвідношенні 2:1. Кристалоїди: 0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера, стерофундин, йоностерил; колоїди: 20%альбумін, венофундин, ХАЕС-стерил, волювен, тетраспан.

3.Антикоагулянти: цибор 2500 МЕ п/ш 1р/д 5 днів (під контролем часу згортання крові, АЧТЧ)

4.Відновлення моторики кишечника: убретид 0,5 мг (1 амп) в/м (повторне введення можливе не раніше 24 годин) (альтернатива-прозерин 0,05% 1,0 п/к) + через 30 хв очисна клізма, 4% KCl 30–40,0 мл на фізіологічному розчині під контролем електролітного балансу, епідуральна анестезія

5.Парентеральне харчування (аміновен 15% 500,0)

У разі відсутності ефекту від лікування слід також своєчасно ставити питання про хірургічну санацію вогнища інфекції.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- наростання системної запальної відповіді на фоні проведення інтенсивної терапії: тахікардія, збільшення лейкоцитозу із зсувом лейкоцитарної формули вліво, збільшення прокальцитонінового тесту до 2 нг/мл, наявність УЗД ознак неспроможності швів на матці;
- стійкий парез кишечника, відсутність ефекту від стимуляції кишечника;
- поява чи прогресування ознак поліорганної недостатності (зниження АТ, олигурія, гостре пошкодження легень / гострий респіраторний дистрес-синдром, жовтяниця, енцефалопатія, ДВЗ-синдром, тромбоцитопенія).

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Поверхневий тромбофлебіт. Гострий тромбофлебіт проявляється болем по ходу ураженої вени. Скарги на місцеве відчуття жару, почервоніння й біль по ходу підшкірної вени. Вена пальпується у вигляді щільного болісного шнура, гіперемія може поширюватися за межі ущільнення вени, може мати місце інфільтрація поряд розташованих тканин, лімфаденіт. Загальний стан породілля при цьому порушується мало, субфебрильна температура, прискорений пульс.

Тромбофлебіт глибоких вен. Скарги на розпираючий біль на боці ураження, набряк ураженої кінцівки та зміну кольору шкірних покривів. Об'єктивні прояви, що відповідають **стадії компенсації**: підвищення температури тіла (часто перша і єдина ознака венозного тромбозу), відсутні виражені порушення венозної гемодинаміки. Об'єктивні прояви, що відповідають **стадії декомпенсації**: інтенсивний біль, що нерідко змінює свою локалізацію; відчуття важкості і напруження; набряк захоплює всю кінцівку, пору-

шення лімфовідтоку, збільшуються регіонарні лімфатичні вузли; змінюється колір шкіри від блілого до насичено-ціанотичного, переважає дифузний ціаноз всієї кінцівки.

Діагностика базується на клінічних даних, лабораторних аналізах:

- вимірювання об'єму ураженої кінцівки сантиметровою смужкою в динаміці;
- дуплексне ультразвукове ангіосканування з кольоровим доплерівським картуванням;
- оцінка ступеня емболонебезпечності — визначення рівня D-дімера в плазмі (D-dimer-test);
- тромбоеластограма, коагулограма;
- визначення кількості фібрин-мономера в сироватці крові (FM-тест, monotest-FM);
- визначення продуктів деградації фібрину і фібриногену в плазмі (FDP PLASMA)

Септичний тромбофлебіт тазових вен. При ендоміометриті інфекційний агент потрапляє до венозного кровотоку, вражає ендотелій судин і сприяє утворенню тромбів, в основному превалює анаеробна інфекція. В процес залучаються вени яєчника, тромби можуть проникати в нижню порожнину, ниркову вену. Скарги на біль внизу живота з іррадіацією в спину, пах, може бути нудота, блювота, здуття живота, лихоманка. При піхвовому дослідженні пальпується потовщення у вигляді каната в області кутів матки. При септичному тромбофлебіті може бути міграція дрібних тромбів у легеневу циркуляцію.

Лікування

Лікування тромботичних ускладнень у післяпологовому періоді поряд з антибіотиками й дезінтоксикацією повинне включати:

- локальна гіпотермія по ходу проекції тромбованого судинного пучка;
- еластична компресія із застосуванням еластичних бинтів;
- антикоагулянти у гострому періоді захворювання. Прямі антикоагулянти — гепарин, низькомолекулярні гепарини — беміпарин натрію 2500 Од п/ш 2 рази на добу та ін. з переходом на непрямі антикоагулянти; непрямі антикоагулянти призначають за 2 дні до скасування прямих антикоагулянтів на строк до 3–6 місяців;
- антибактеріальна терапія: амоксицилін/клавулат 1,5 г через 8 годин; або ампіцилін/сульбактам 1,5–3,0 через 8 годин; або амоксицилін/сульбактам 1,5–3,0 через 8 годин
- протизапальна терапія: диклофенак натрію 0,025–0,05 два рази на добу;
- місцеве лікування: застосування мазей на основі гепарину — гепаринова, троксевазінова, Ліотон 1000, або нестероїдних протизапальних препаратів — фастум-гель, диклофенак-гель.
- засоби, що поліпшують венозний тонус — флебодія, детралекс, ескузан протягом 4–6 тижнів;

Тромбопрофілактика:

- активний руховий режим;
- своєчасне поповнення рідини;
- використання механічних методів профілактики;
- беміпарин натрію («Цибор») 2500 Од п/ш 1 раз на добу.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА Й ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

З позицій сучасних уявлень про сепсис — це типовий патологічний процес, що ускладнює перебіг різних захворювань інфекційної природи, основною ланкою якого є неконтрольований викид ендогенних медіаторів з наступним розвитком генералізованого запалення й органно-системних ушкоджень, віддалених від первинного вогнища.

Сепсис не можна вважати результатом прямої дії мікроорганізму на макроорганізм, він є наслідком істотних порушень в імунній системі, що проходять у своєму розвитку етапи від стану надлишкової активації («фази гіперзапалення»), до стану імунодефіциту, («фази імунопараліча»). Імунна система організму є активним учасником аутодеструктивного процесу. Дуже часто при цьому септицемія (наявність мікробів у крові) відсутня.

Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom — SIRS) маніфестує двома або більше ознаками:

- 1) Температура тіла більше 38°C або нижче 36°C;
- 2) ЧСС понад 90 уд/хв;
- 3) Частота дихання понад 20 у хвилину або PaCO_2 нижче 32 мм рт. ст.;
- 4) Кількість лейкоцитів більше $12 \times 10^9/\text{л}$ або менш $4 \times 10^9/\text{л}$, незрілих форм більше 10%.

Сепсис — системна відповідь на достовірно виявлену інфекцію за відсутності інших можливих причин для подібних притаманних SIRS змін. Проявляється тими ж клінічними ознаками, що й SIRS.

Важкий сепсис — це сепсис, що супроводжується порушенням функції органів, гіперперфузією тканин, артеріальної гіпотензією. Можливі ацидоз, олігурія, порушення свідомості. При розвитку важкого сепсису приєднуються наступні ознаки:

- тромбоцитопенія менше 100 тис/л, яку не можна пояснити іншими причинами;
- підвищення рівня С-реактивного білка;
- підвищення рівня прокальцитоніна більше 6,0 нг/мл;
- позитивний посів крові на виявлення циркулюючих мікроорганізмів;
- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест).

Септичний шок (SIRS — шок) визначається як важкий сепсис із артеріальною гіпотензією, що розвивається, незважаючи на адекватну інфузійну терапію. Діагноз встановлюється, якщо до перерахованих вище клініко-лабораторних показників приєднуються:

- артеріальна гіпотензія (сistolічний тиск менш 90 мм рт.ст або зниження більш ніж на 40 мм рт.ст. від вихідного рівня);
- тахікардія понад 100 уд/хв.;
- тахіпное понад 25 /хв.;
- порушення свідомості;
- олігурія (діурез менш 30 мл/год);
- гіпоксемія (PaO_2 менш 75 мм рт.ст. при диханні атмосферним повітрям);
- SpO_2 менш 90%;
- підвищення рівня лактата більше 1,6 ммоль/л;

- петехіальна висипка, некроз ділянки шкіри.

Синдром поліорганної недостатності — наявність гострого порушення функції органів і систем.

Для діагностики клінічних форм сепсису необхідно проводити наступні заходи у породіль з будь-якою формою післяпологової інфекції:

- 1) моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску, лейкоцитів і формули крові;
- 2) підрахунок частоти дихання, оцінка рівня газів крові, SpO_2 ;
- 3) погодинний контроль діурезу;
- 4) вимір ректальної температури тіла мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла в аксілярних ділянках;
- 5) посіви сечі, крові, виділень із цервікального каналу;
- 6) визначення кислотно-лужної рівноваги крові й насичення тканин киснем;
- 7) підрахунок кількості тромбоцитів і визначення вмісту фібриногену й мономерів фібрину;
- 8) ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини й рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.

Основні принципи лікування:

1. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
2. Корекція гемодинамічних розладів шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної підтримки.

Оцінюючи артеріальний тиск, пульсовий артеріальний тиск, ЦВТ, ЧСС, діурез, визначають обсяг інфузійної терапії. Визначення ЦВТ в динаміці дає можливість контрольованої інфузії колоїдних і кристалоїдних розчинів з оцінкою обсягів введеної й втраченої рідини, препаратів крові.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрахмалу (рефортан, венофундин, волювен, стабізол) і кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рінгера) у співвідношенні 1:2. З метою корекції гіпопротеїнемії призначають тільки 20–25% р-н альбуміну. Застосування 5–10% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих. До інфузії необхідно включати свіжозаморожену плазму 600–1000 мл, через наявність у ній антитромбіну.

Інотропна підтримка застосовується у випадку, якщо ЦВТ залишається низьким. Вводять допамін у дозі 5–10 мкг/кг/хв (максимум до 20 мкг/кг/хв) або добутамін — 5–20 мкг/кг/хв. При відсутності стійкого підвищення АТ вводять норадреналіну гідротартрат 0,1–0,5 мкг/кг/хв, одночасно зменшуючи дозу допаміну до 2–4 мкг/кг/хв. Виправдано одночасне призначення налоксону до 2,0 мг, що сприяє підвищенню АТ.

У випадку неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе використання глюкокортикостероїдів (гидрокортизон — 2000 мг/добу) разом з H_2 -блокаторами (ранітидин, фамотидин).

3. Підтримка адекватної вентиляції й газообміну. Показаннями до ШВЛ слугують: PaO_2 менш 60 мм рт.ст., PaCO_2 більше 50 мм рт.ст. або менш 25 мм рт.ст., SpO_2 менш 85%, частота дихання більше 40 у хвилину.

4. Нормалізація функції кишечника й раннє ентеральне харчування.

5. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

6. Вирішальним фактором є раціональний вибір антимікробних засобів, зокрема антибіотиків. Цілеспрямована антибактеріальна терапія можлива лише після визначення збудника й встановлення його чутливості до антибіотиків, що можливо, у найкращому разі, не раніше 48 годин. Чекаючи ідентифікації, застосовують емпіричну антибіотикотерапію, беручи до уваги характер первинного вогнища інфекції, функціональний стан печінки, нирок, імунної системи хворої.

Сучасні тенденції в антибактеріальній терапії гнійно-септичної інфекції полягають у використанні бактерицидних антибіотиків, а не бактеріостатичних; застосуванні менш токсичних аналогів (наприклад, нових поколінь аміноглікозидів або заміна їх фторхінолонами); заміні комбінованої антибіотикотерапії рівною мірою ефективною моноантибіотикотерапією; заміні імуніпрігнічуючих антибіотиків імуностимулюючими; використанні адекватних доз і режимів введення.

Виходячи з необхідності пригнічення росту всього передбачуваного спектра збудників акушерської інфекції (грамнегативних та грампозитивних аеробів й анаеробів) при емпіричній протимікробній терапії застосовують схеми комбінованої потрійної антимікробної терапії (наприклад, напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины + аміноглікозиди + імідазоли), подвійної антибіотикотерапії (наприклад, кліндаміцин + аміноглікозиди), моноантибіотикотерапії (цефалоспорины III покоління, карбопеніми)

З огляду на останні досягнення науки в сфері вивчення патогенезу сепсису й ССЗВ, особливо варто зупинитися на клінічному значенні вивільнення ендотоксину (LPS), що індукується антибіотиками. У цьому зв'язку має важливе клінічне значення питання про ступінь індукування токсинуотворення різними антибіотиками. Утворення ендотоксину, індуковане антибіотиками, зростає в наступному порядку: карбопеніми — найменше; аміноглікозиди; фторхінолоны; цефалоспорины — найбільше.

До складу антимікробної терапії обов'язковим є включення антикандиозних препаратів (ністатин, флуконазол, ітраконазол та ін.).

7. Оцінка патофізіологічних і патобіохімічних розладів, які можуть бути виділені в наступні синдроми: нирковий, печінковий, різні варіанти серцево-судинної й дихальної недостатності, ДВЗ-синдром, розлади мікроциркуляції, дисфункція шлунково-кишкового тракту з явищем транслокації бактеріальної флори в лімфатичну систему, а потім й у системний кровоток з розвитком синдрому поліорганної недостатності. Патобіохімічні розлади проявляються порушеннями водно-електролітного, кислотно-лужного балансів й ін. Кожний із синдромів вимагає свого підходу, індивідуального застосування певних методів і засобів, які охоплюють всі розділи інтенсивної терапії.

8. Поліпшення мікроциркуляції (застосування пентоксифіліну або діпірідамола) Застосування пентоксифіліну (тренталу) поліпшує мікроциркуляцію й реологічні властивості крові, має судинорозширювальну дію й поліпшує постачання тканин киснем, що є важливим у профілактиці ДВЗ і ПОН.

9. Антимедіаторна терапія. З огляду на вирішальну роль у розвитку ССЗВ масивного викиду медіаторів запалення (цитокинів) у судинне русло, застосування антимедіаторної терапії є раціональним. Активованій протеїні С — це ендогенний протеїн, що підтримує фібрinolіз, пригнічує тромбоутворення, а також має протизапальні властивості.

10. Хірургічне лікування з вилученням вогнища інфекції.

Показаннями до лапаротомії й екстирпації матки з матковими трубами є:

- відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії (24 години);
- ендоміометрит, який не піддається консервативному лікуванню (24–48 годин);
- маткова кровотеча;
- гнійні утворення у ділянці придатків матки;
- виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плаценти.

11. Екстракорпоральне очищення крові. З цією метою застосовують: гемодіаліз, ультрафільтрацію, гемофільтрацію, гемодіафільтрацію, плазмаферез.

Внутрішньолікарняна інфекція (госпітальна) — будь-яке клінічно виражене інфекційне захворювання, яке виникло у пацієнтки протягом перебування в акушерському стаціонарі або протягом 7 днів після виписки з нього, а також у медичного персоналу, яке виникло в наслідок його роботи в акушерському стаціонарі. Більшість бактеріальних внутрішньолікарняних інфекцій виникають через 48 годин після госпіталізації (народження дитини). Проте кожен випадок інфекції слід оцінювати індивідуально в залежності від інкубаційного періоду ті нозологічної форми інфекції.

Інфекція не вважається внутрішньолікарняною за умови:

- наявності у пацієнтки інфекції в інкубаційному періоді до надходження в стаціонар;
- ускладнення або продовження інфекції, яка мала місце у пацієнтки на момент госпіталізації.
- *Інфекція вважається внутрішньолікарняною за умови:*
- набуття її в лікарняному закладі;
- інтранатального інфікування.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Для профілактики післяпологових септичних ускладнень необхідна правильна організація роботи жіночої консультації (санація хронічних септичних вогнищ), пологового блоку, післяпологових палат, суворе дотримання всіх принципів асептики та антисептики під час пологів та догляду за породілєю, ізоляція жінок з ознаками септичної інфекції.

Велике значення мають запобігання під час пологів травматизму, боротьба з крововтратою та зниження частоти оперативних втручань під час пологів. Слід запобігати передчасному відходженню навколоплідних вод, своєчасно лікувати відхилення від фізіологічного перебігу пологів (слабкість пологової діяльності), проводити антибіотикопрофілактику за показаннями.

Антибіотикопрофілактика — це застосування антимікробних засобів особам без клінічних та лабораторних ознак інфекції для попередження її розвитку, а також за наявності ознак мікробної контамінації, коли первинним методом

лікування є або попередження інфекції, викликані екзогенними мікроорганізмами, або попередження загострення, рецидиву чи генералізації латентної інфекції. Антибіотикопрофілактика призначається при ризику інфікування масивних ран промежини, піхви й лапаротомної рани при кесарському розтині:

- при кесарському розтині без ускладнень проводиться після перетину пуповини шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі з урахуванням результатів виявлених госпітальних штамів та їх антибіотикорезистентності;
- у випадку виникнення ускладнень під час операції або виявленні ознак запального процесу цей же препарат можна використовувати й для антибіотикотерапії;
- продовження введення антибіотика після 24 годин з моменту закінчення операції не приводить до підвищення ефективності профілактики раньової інфекції;

До пацієнток групи високого ризику належать:

1. жінки із анемією середнього та важкого ступеня
2. жінки із ожирінням II та III ступеня
3. жінки із супутніми захворюваннями (автоімунні захворювання, ХОЗЛ, цироз печінки, гематологічні захворювання, цукровий діабет, ХПН, онкологія)
4. жінка не перебувала на обліку в жіночій консультації протягом вагітності
5. жінки з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (застосування ВМС до вагітності, ускладнення запального характеру в попередніх пологах, після абортів)
6. об'єм крововтрати в пологах більше 500,0 мл
7. інфекція статевих чи сечових шляхів;
8. тривалість пологів більше 16 годин
9. тривалість безводного періоду >72 год
10. меконіальні навколоплідні води з неприємним запахом
11. численні внутрішні акушерські дослідження в пологах (більше 5)

Не менш важливим у профілактиці післяопераційних гнійно-септичних ускладнень є корекція кислотно-лужної рівноваги, призначення препаратів, що нормалізують функцію печінки, нирок, кишечника.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ № 906 МОЗ України від 27.12.2007 р. «Перинатальні інфекції». — К., 2007.
2. Наказ № 234 МОЗ України від 02.07.2007 р. «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах». — К., 2007.
3. Наказ № 502 МОЗ України від 29.08.2008 р. «Клінічний протокол з антибактеріальної профілактики в хірургії, травматології, акушерстві та гінекології». — К., 2008.
4. Акушерство: підручник / за ред. Б. М. Венцовського, Г. К. Степанківської, В. П. Лакатоша. — К.: ВСВ Медицина, 2012. — 390 с.
5. Акушерство і гінекологія: у 2 кн. — Книга 1: Акушерство: Підручник для ВНЗ III — IV р. а. — 3-є вид., випр. Додруковано МОЗ / В. І. Грищенко, М. О. Щербина, Б. М. Венцівський та ін.; за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини. — К., 2017. — 424 с.
6. Акушерство та гінекологія: У 4 т. — Т. 1: Акушерство: Нац. підручник для мед. ВНЗ IV р. а. — 2-ге вид., випр. Затверджено МОЗ і МОН / За ред. В. М. Запорожана. — К., 2017. — 1032 с.
7. <https://almostadoctor.co.uk/about>
8. <https://geekymedics.com/category/medicine/og/>
9. www.med.unc.edu/obgclerk/files/STUDENT%20SURVIVAL%20GUIDE_OB.pdf
10. <http://www.obgynstudent.com/about/>

